



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

"ZARAGOZA"

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CREENCIAS SOBRE VEJEZ Y SALUD EN ADULTOS MAYORES
Y SU INFLUENCIA EN EL USO DE SERVICIOS DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA

LUZ MARÍA VARGAS ESQUIVEL

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

MÉXICO, D.F. AGOSTO, 2005.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luz María Vargas

Esguivel

FECHA: 01/11/06

FIRMA: 



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 15 de abril del 2005, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna LUZ MARÍA VARGAS ESQUIVEL con número de cuenta 085500116, con la tesis titulada :

"CREENCIAS SOBRE VEJEZ Y SALUD EN ADULTOS MAYORES Y SU INFLUENCIA EN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

bajo la dirección del(a) MAESTRA SILVIA CRESPO KNOPFLER

Presidente : Doctora Berta Elvia Taracena Ruíz
Vocal : Maestra Silvia Crespo Knopfler
Secretario : Doctora Patricia Casasa Garoía
Suplente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
Suplente : Maestra Dulce María Guillén Cadena

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
MÉXICO D, F. a 26 de agosto del 2005.

Laura Moran Peña
MTRA. LAURA MORAN PEÑA
COORDINADORA DEL PROGRAMA

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme el apoyo con el Programa de Apoyo para la Superación del Personal Académico. Así como a las Autoridades del ISSSTE, por brindarme las facilidades para realizar estudios de Posgrado.

Al COMITÉ TUTORAL:

Mtra. Silvia Crespo Knopfler.

Dra. Patricia Casasa García.

Mtra. Carmen Lastenia Belseiro Almario.

Por su invaluable asesoría y dirección de la presente tesis y por haberme proporcionado sus conocimientos incondicionalmente en todo momento que lo necesite. Sin su participación hubiera sido imposible la culminación de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

- **A Juan Francisco Sánchez Ruíz, Director de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", Mtra. Teresa Ortiz Ensasteguí (Jefe de la Carrera de Enfermería) y Hermila Tetetla Islas (Coordinadora del Área 1) por haberme proporcionado las facilidades para emprender el camino hacia la superación profesional.**

- **C. a Dra. Laura Morán Peña: por haberme dado su confianza e impulsarme al camino de la superación, además de ofrecerme su valioso apoyo en los momentos más críticos de la Maestría.**

- **A la Mtra. Rosa María Ostigúin Meléndez, por su colaboración en la revisión de la tesis.**

- **Todos mis profesores por sus excelentes contribuciones en mi enseñanza profesional, además de compartir conmigo incondicionalmente sus valores como seres humanos.**

- **A la Dra. Berta Elvia Taracena Ruiz, quién además de darme la oportunidad de conocer el paradigma cualitativo, guío con su experiencia la metodología de la presente investigación.**

- **A Leonor Luna Torres: por su asesoría para la revisión de estilo y gramática del presente trabajo.**

- **A las autoridades de la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE, por haberme abierto las puertas de su unidad para la realización del estudio.**

DEDICATORIA

Nunca hubiera podido imaginarme con capacidad suficiente para acabar el trabajo que sigue. Si ello ha sido posible, se debe al afecto y el esfuerzo de mucha gente, entre los cuales no puedo dejar de mencionar:

- **A Dios:** Por haberme dado una familia como la que tengo, y por estar siempre a mi lado en los momentos que más lo he necesitado.

- **A mis padres:** José Luís Vargas Serrano y María de la Luz Esquivel Medina, por haberme dado la luz de la vida y sus sabios consejos en el camino que he recorrido, además de su valioso apoyo y confianza que fueron indispensables para la realización de esta meta.

- **A mis hermanos:** Estela, Juana Isabel, Remedios, Arturo, Martín, así como a mi cuñada Sandra y mis sobrinos Silvia, Iván y Jesús Emmanuel, porque deben haber sufrido mis diversos y contradictorios estados de ánimo, además de que siempre tuvieron palabras de aliento y nunca permitieron que decayera en los momentos de tensión, cansancio y desesperación. Sólo puedo agradecerles su paciente delicadeza.

- **A los adultos mayores:** Carmen, Cruz, Micaela, Isidro, Antonio, Elodia, Celsa y José porque participaron incondicionalmente, para hacer posible la realización del presente estudio.

ÍNDICE

Pág.

Resumen	
Introducción	
1. Justificación	1
2. Envejecimiento Demográfico y Utilización de los Servicios de Salud	3
2.1 Referente Conceptual	12
2.2 Estado del Arte de las Creencias en Salud, Vejez y uso de Servicios para la Salud	16
2.2.1 Creencias sobre vejez	21
2.2.2 Creencias en Salud	23
2.2.3 Uso de Servicios de Salud	27
2.3 Viabilidad del trabajo	30
3. Planteamiento del Problema	32
3.1 Objetivo General y Específicos	33
4. Metodología	34
4.1 Tipo de Estudio	37
4.2 Muestra.	37
4.3 Técnica	37
4.4 Procedimiento	38
5. Fase Analítica	39
6. Aspectos Éticos y legales	40
7. Esquema de Organización: Categorías y Subcategorías	42
8. Resultados	45
8.1 Creencias sobre la vejez	46
8.2 Preámbulos del envejecimiento	50
8.2.1 Deterioro Buco – Dental y Envejecimiento	55
8.3 Sentimiento de Soledad en la Vejez	61
8.4 Evocación de Muerte	67
9. Creencias en Salud en el Adulto Mayor	74
9.1 Autopercepción de la Salud en el Adulto Mayor	82
9.2 Aprendizaje de la Salud	88
9.3 Funcionalidad Física	91
9.4 Redes de Apoyo Familiar	99
9.4.1 Relaciones Familiares	99
9.4.2 Tipo de Apoyo Familiar	108
10. Conclusiones	116
11. Limitaciones	124
12. Sugerencias	124
Referencias	126
Anexos	147

RESUMEN

Las creencias sobre vejez y salud, han sido ampliamente estudiadas a través de diferentes disciplinas. No obstante son escasos desde el enfoque de enfermería. Tomando en cuenta lo anterior la finalidad del presente estudio fue relacionar las creencias en antes referidas, con el uso de servicios de primer nivel de atención y comprender el concepto de salud y vejez desde la visión de ésta población.

Metodología: Se realizó un estudio a través del paradigma cualitativo, bajo la tradición de la Teoría Fundamentada, con ocho informantes adscritos a la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE, durante el período de Enero a Diciembre del 2004, a quienes se les aplicó una entrevista en su domicilio. El análisis de datos se llevó a cabo a través del microanálisis, codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: Las creencias en vejez se enfocaron como déficit funcional y sentimientos de soledad. Los preámbulos del envejecimiento, apuntalaron al deterioro del sistema musculoesquelético y digestivo. Las creencias en salud enfatizaron en la independencia funcional. El aprendizaje de la salud se originó a partir de la historia de vida de cada individuo. El uso de servicios de salud se asoció a la autopercepción de la salud y por el apoyo familiar.

Conclusiones: Es importante que el primer nivel de atención oriente sus actividades al desarrollo de programas de gerontoprofilaxis en diversos escenarios como: familias, escuelas, comunidad y con los mismos adultos mayores, ya que estos son fuente primordial para el aprendizaje tanto de vejez, como de salud y enfermedad.

Palabras Clave: Creencias, vejez, salud, adultos mayores, uso de servicios, teoría fundamentada, enfermería.

SUMMARY

The beliefs have more than enough age and health; they have been broadly studied through different disciplines. Nevertheless they are scarce from the infirmity focus. Taking into account the above-mentioned the purpose of the present study was to relate the beliefs in before referred, with the use of services of first level of attention and to understand the concept of health and age from the vision of this population.

Methodology: was carried out a study through the qualitative paradigm, under the tradition of the Grounded Theory, with eight informants attributed to the Clinic Valley of Aragon of the ISSSTE, during the period of January to December of the 2004, they were applied an interview in their home to who. The analysis of data was carried out through the microanalysis, open, axial and selective code.

Results: The beliefs in age were focused as functional deficit and feelings of solitude. The preambles of the aging, bolstered to the deterioration of the system skeletal-muscle and digestive muscle. The beliefs in health emphasized in the functional independence. The learning of the health originated starting from the history of each individual's life. The use of services of health associated to the self-perception of the health and for the family support.

Conclusions: It is important that the first level of attention guides its activities to the development of programs of prevention gerontology in diverse scenarios like: families, schools, community and with the biggest same adults, since these they are primordial source for the so much learning of age, as of health and illness.

Words Key: Beliefs, age, health, bigger adults, use of services, Grounded Theory, nursing.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se derivó de la inquietud de identificar las creencias que tenían los adultos mayores sobre la vejez y la salud, y su influencia en la utilización de los servicios del primer nivel de atención.

Esta situación se originó de observar en la práctica gerontológica, que tanto la población en general como los mismos adultos mayores, desconocían el término salud y vejez en ésta etapa de la vida, así mismo se presentaba una subutilización de los servicios del primer nivel de atención por parte de los mayores de 60 años, lo cual probablemente se debe a que esta población tiene como antecedentes el que durante su trayectoria de vida no desarrollan conductas saludables, haciéndolos más susceptibles a desarrollar una gran cantidad de patologías crónicas degenerativas, motivo por el cual utilizan con mayor frecuencia los servicios de segundo o tercer nivel de atención. Aunado a este problema los adultos mayores poseen sus propias creencias con respecto a la salud y la vejez y que predominantemente se asocian más con la enfermedad.

Para la realización de este estudio se consideró necesario analizar primero la importancia de investigar la influencia de las creencias sobre vejez y salud, en el uso de los servicios de atención primaria a la salud, además de considerar la trascendencia de la transición demográfica, epidemiológica y el aumento en la esperanza de vida en nuestro país y la frecuencia de utilización de los servicios de salud por adultos mayores.

Se incluyeron estudios sobre las creencias en salud y la vejez, así como los modelos que existen para indagar la utilización de los servicios de salud.

En el planteamiento del problema se cuestionó la influencia de las creencias sobre vejez y salud en la utilización de los servicios de salud en primer nivel de atención. Por ello, el objetivo fue identificar las creencias que tenían los adultos mayores con respecto a la vejez y la salud, y como repercutían en la utilización de los servicios de primer nivel de atención a la salud.

Tomando en cuenta lo anterior se realizó un estudio sobre las creencias en vejez y salud, que partió del paradigma cualitativo, bajo el enfoque filosófico de la teoría fundamentada de Strauss y Galsser (2003). Los resultados obtenidos se analizaron a través de la codificación abierta, axial y selectiva.

De los resultados obtenidos, respecto a las creencias sobre vejez se encontró que los informantes consideraron que ésta etapa de la vida se asociaba a la pérdida de la función del sistema musculoesquelético, presencia de sentimientos de soledad y evocación de muerte.

Con relación, a las creencias en salud los datos arrojaron que la definición era similar a la que reportó la literatura, ya que los informantes la consideraron como ausencia de enfermedad, tener familia y ser independiente en el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria, situaciones que se vieron influenciadas por el aprendizaje social de la salud y las redes de apoyo familiar.

1. JUSTIFICACIÓN

Los cambios en la transición demográfica y epidemiológica que se han dado en los últimos años exigen a la profesión de enfermería la prestación de "nuevos cuidados", en tanto que el sujeto receptor de los mismos ya no sólo es el usuario de los servicios de salud de cualquier nivel de atención, es también actor y autor social que se desenvuelve en el medio comunitario.

En este escenario Enfermería tiene un cargo propicio en donde se tiene por lo menos implicaciones en dos sentidos desde lo disciplinar: la planificación del cuidado y el ejercicio mismo.

1.1 Planificación del Cuidado

Frecuentemente el personal de enfermería establece planes de intervención tanto a nivel primario, secundario y terciario para la población de adultos mayores, sin embargo, algunas veces no se considera en la planeación de los cuidados las creencias que tienen los adultos mayores con relación a su propia salud.

La trascendencia de partir del primer nivel de atención radica en que es ahí en donde generalmente el profesional de enfermería lleva a cabo actividades de promoción a la salud y de protección específica, haciendo énfasis en el autocuidado, con la finalidad de limitar las secuelas incapacitantes e inválidantes que presenta esta población debido a la presencia de enfermedades crónico - degenerativas.

De ahí, la importancia de realizar estudios que identifiquen las creencias sobre vejez y salud en adultos mayores y su repercusión

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

en el uso de los servicios de primer nivel, ya que esto permitirá diseñar modelos de atención domiciliaria adecuados a dicha población.

1.2. Ejercicio del Cuidado

A partir de la experiencia de participar en las prácticas en el primer nivel de atención (comunidad), se observó que existía resistencia por parte de los adultos mayores a participar en la promoción de la salud y los argumentos aludían a conceptos como: porque buscar a viejos si no se sienten mal. Así mismo, los familiares paralelamente negaban la presencia de adultos mayores en su hogar.

Sin embargo, el entusiasmo de enfermería no decayó, nos enfrentamos a un gran reto "comprender las creencias y mitos que tenían los adultos mayores y la familia respecto a la vejez, la salud y el uso de servicios". A pesar de los grandes esfuerzos por promover la salud en esta etapa de la vida, la asistencia de los ancianos era limitada, ya que solo concurrían cuando se organizaban fiestas, pero cuando proporcionaba educación para la salud, solo acudían unas cuantas personas de 3257 adultos mayores que habitaban en el municipio de Los Reyes la Paz, solo participaban aproximadamente 80, es decir el 2.4 %, y eso esporádicamente.

Tomando en cuenta lo anterior, se consideró que los adultos mayores podrían tener diversas creencias con respecto a la vejez y la salud, lo que les impedía asistir a los servicios que proporcionaba la enfermera en el primer nivel de atención.

Por tal motivo, se decidió primeramente indagar sobre el envejecimiento demográfico y el uso de los servicios de salud.

2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La transformación de políticas, sociales, económicas y culturales que se han presentado en todo el mundo, las acciones educativas en favor a la salud así como los adelantos técnico – científicos, han ocasionado una mejoría en las condiciones y enseñanza de vida, así como disminución en las tasas de morbilidad y mortalidad e incremento en la esperanza de supervivencia, lo cual resulta de gran importancia, ya que la combinación de ambos fenómenos trae consigo un cambio en la transición demográfica y epidemiológica.

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja sí más del 7% de sus miembros tienen 65 años y más, ó cuando más del 10% tienen 60 años y más (1).

La población total del mundo crece a una tasa de 1.7% anual, en comparación con el 2.5% del grupo de 60 años y más, este crecimiento es más notable en países desarrollados, en donde las tasas de intensificación de este estrato es tres veces más alta que en los países en vías de desarrollo.

De ahí que, el incremento progresivo de la sobrevivencia a nivel mundial, tanto en regiones desarrolladas como en vías de desarrollo, se verá reflejado en la pirámide de población, con un estrechamiento en la población infantil y un número cada vez mayor de personas adultas para el 2050 (2). Cabe resaltar que la combinación de ambos fenómenos traerá consigo un proceso gradual de envejecimiento

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

demográfico, lo cual se vislumbró desde 1998 por la World Population Prospect ⁽³⁾.

El proceso de envejecimiento de la población tuvo su origen en una serie de cambios demográficos que se iniciaron a fines del período XVIII, así mismo las notables transformaciones demográficas observadas en el presente siglo, en términos del notable avance sobre la muerte y la posterior disminución de la natalidad, han ocasionado modificaciones en las estructuras por edad y sexo de la población, entre la que destaca el aumento porcentual y absoluto de las personas mayores de 60 años, este proceso es denominado como "Transición Demográfica".

Respecto a los Países desarrollados se señaló que para el año 2000, los Estados Unidos y Canadá contaban en conjunto con más de 50 millones de personas de 60 años de edad o más, cifra que en América Latina y el Caribe ascendería a 42 millones de personas ⁽⁴⁾. Obviamente, el índice de envejecimiento en los países de la Región no puede tener un comportamiento único y homogéneo. De hecho, habrá una gran heterogeneidad entre los distintos países y dentro de los mismos.

En América Latina y el Caribe la población mayor de 60 años también ha ido en aumento, ya que mientras que en 1980 existían 363.7 millones de habitantes, 23.3 millones (6.4%), representaban a las personas de 60 años, así mismo se señaló que para el año 2000 la cifra total era de 565.7 millones, de los cuales 41 millones (7.2%) correspondían al grupo de ancianos y para el año 2025 la población total llegaría a 865.2 millones, de los cuales 93.3 millones (10.8%), serían adultos mayores ^(5,6).

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Por lo que respecta a México se tiene que éste País, durante el siglo pasado presentó profundas transformaciones políticas, económicas, sociales, demográficas y culturales. El proceso de transición demográfica, que dio inicio con la disminución de la mortalidad, inmediatamente después de la consolidación del régimen político posrevolucionario, y que se consolidó a partir de los años setenta con el descenso acelerado de la fecundidad, ha traído como consecuencia cambios importantes en el perfil sociodemográfico de la población ⁽⁷⁾.

En este sentido, las previsiones demográficas según reportes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), indicaron que la población de 60 años o más, en el 2003 era de 7.6 millones de personas, la cual se duplicaría para el 2020 a 15 millones y se estima que aumentará a 17 millones en el 2030, y pasará a 32.5 millones 400 mil para el año 2050, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años. Lo que se vera reflejado en la modificación de la pirámide de población, ya que se observará con disminución de la base y ensanchamiento del vértice al igual que en el resto del mundo ^(8,9).

A escala nacional, se observa que las entidades que presentan mayores proporciones de población mayor de 60 años son: el **Distrito Federal con 8.7%**, Yucatán (8.6%), Nayarit (8.6%), Zacatecas (8.4%), Oaxaca (8.4%), Michoacán (8.4%), San Luis Potosí (8.3%) y Veracruz (8.1%). En cambio, los estados con menor porcentaje son: Estado de México (5.8%), Baja California Sur (5.8%), Chiapas (5.6%) y Quintana Roo (4.1%) ⁽¹⁰⁾.

Con relación al porcentaje de adultos mayores que habitaban en el 2000, según la Delegación Municipal se tiene que en la Benito Juárez existían 22877 (9.6%); en la Cuauhtémoc 45 669 (19.18); en

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

la Gustavo A. Madero existían 1186107 (13.93%); en Iztapalapa 13626 (5.72%); en Milpa Alta 1762 (0.74%); en Ecatepec 3689 (1.54%) y en Nezahualcóyotl 9563 (4.0%). Como se puede observar una de las Delegaciones con un gran porcentaje de ancianos es la Cuauhtémoc y la Gustavo A. Madero ⁽¹¹⁾.

Cabe resaltar que el proceso de envejecimiento de la población antes mencionado amenaza con poner en crisis los sistemas sanitarios, las formas tradicionales de educación y trabajo, y la estructura misma de las sociedades y también sobre el bienestar relativo no sólo de las personas de edad sino de los grupos más jóvenes ^(12, 13).

Entre las demandas crecientes que trae este proceso sociodemográfico sobresalen las de salud, centradas en las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. La información existente señala que las personas mayores de 75, así como el género femenino son el grupo más vulnerable ^(14 - 16).

El inusitado envejecimiento de la población mexicana antes mencionado, permite prever que el futuro de las enfermedades crónico degenerativas tales como las del corazón, diabetes mellitus, neoplasias, entre otras serán predominantes, lo que repercutirá en el tipo de servicio de salud que esta población solicite.

Sin embargo, lo alarmante no es solo la transición demográfica, sino que la esperanza de vida a los 65 años de edad también se ha modificado. En este sentido, se tiene que durante las últimas décadas en México las tasas de mortalidad disminuyeron propiciando un aumento en la esperanza de vida a los 60 años y más, al respecto se señaló que en 1950 los varones esperaban

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

12.6 años en 1950, y llegaron a 17.0 en el 2000, con una ganancia de 5.6 años y se estima que aumentará a 22.5 años más para el 2050.

De igual manera sucede con las mujeres las cuales en 1950 tenían una esperanza de vida de 13.0 años para ascender a 19.0 en el 2000, y se estima que incrementará a 23.4 para el 2050. Como se puede observar la esperanza de vida aumenta considerablemente en ambos sexos, no obstante las condiciones de salud en las que llega esta población no son de lo mejor.

En este sentido, se prevé que el número de adultos mayores con algún tipo de deterioro funcional crecerá de 2 millones que existían en el 2000 a 7.3 millones para el 2030 y a 15.1 millones hacia el 2050. El incremento en el número de mujeres discapacitadas, mayores de 65 años será mayor y más rápido que el de los hombres, hecho que requiere especial atención por parte de las entidades responsables de diseñar políticas educativas, socio-económicas y de salud. Así mismo, se señala que este grupo de población será el que demande más los servicios de salud, en los próximos 30 años ^(17 - 19).

Por lo que respecta al **uso de los servicios de salud**, el Consejo Nacional de Población en 1999, reportó que los adultos mayores utilizaban las Instituciones de seguridad social, con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Además, que el porcentaje de ingresos hospitalarios correspondiente a los mayores de 65 años pasó de 8.3 por ciento en 1993 a 12 por ciento en 1999. En este último año 10.3 por ciento de esta población se hospitalizó, en contraste con sólo 4.6 por ciento de la población de 15-64 años. Asimismo, las personas mayores de 65 años contribuyeron con 43 por ciento a la mortalidad intrahospitalaria ⁽²⁰⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En México, aunque las diferentes Instituciones públicas que componen el Sector Salud proporcionan atención médica general o de otras especialidades a la población mayor de 60 años, sólo siete Hospitales cuentan con servicios de geriatría. Entre los que destacan: En la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán (INNSZ), el Hospital General Gustavo Baz Prada, y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; Dentro de la seguridad social, el Centro Médico La Raza, el Hospital Magdalena de las Salinas, el Hospital Adolfo López Mateos y el Hospital de Petróleos Mexicanos.

Respecto al consumo de Servicios de salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se reportó que los adultos mayores consumían más de 30% del presupuesto de seguridad social, pensiones y jubilaciones, así como el 30% del presupuesto de salud, el 60% de las camas hospitalarias, y la 4ª. parte del total de medicamentos ⁽²¹⁾.

En el INNSZ, 28% de las camas se encuentran permanentemente ocupadas por Adultos Mayores; el tiempo de estancia hospitalaria era mayor al compararlo con el de los adultos jóvenes, y 21% de la consulta externa se proporcionaba a personas mayores de 60 años. Otro aspecto relevante que reportó es que la población no derechohabiente representaba 55% del total de esa población; el 45% restante estaba distribuido entre el IMSS (33%), el ISSSTE (10%) y otras instituciones (2%) ⁽²²⁾.

Por otro lado, Borgues reportó que la tasa de utilización de servicios por adultos mayores fue en hospitalización de 5.5% y que los servicios de salud más utilizados fueron: el médico particular, el

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud, el ISSSTE y el IMSS-Solidaridad. De 25 a 45% de los derechohabientes no hacían uso de estos servicios y, en su lugar, acudían a los servicios privados. Las variables explicativas más importantes de la utilización de servicios fueron: el estar enfermo, no haber trabajado la semana anterior y ser derechohabiente, sin encontrar significancia estadística entre el género y la residencia (23).

En un censo nominal que se realizó con 300 adultos mayores de un Centro de Salud de Ciudad Nezahualcóyotl se encontró que el 25% de ésta población carecía de servicios médicos, el 43.3% acudieron al IMSS, 16.9% a la Secretaría de Salud, 13.2% al ISSSTE, 0.7% a PEMEX o Defensa Nacional y 0.2% a otros sitios. Respecto a la calidad de servicio que ofrecían estas instituciones el 15% de la población derechohabiente opinó que fue mala. El promedio de veces que esta población utilizó los servicios médicos durante el año fue de cinco. El 14.6% de los ancianos fue hospitalizado durante 1997 y el 65.6% acudieron a médico particular en el mismo período (24).

En relación a los costos del uso de servicios de salud por adultos mayores en un estudio que se realizó en Instituciones que otorgaban atención médica privada, seguridad social y asistencia a población abierta mexicana, con el objetivo de determinar el financiamiento directo de la atención a la salud de los adultos mayores y hacer una estimación de los gastos que este servicio implica, se reportó que el gasto de atención en este sector es en una apreciación baja de 3 030 321 000 pesos y en una alta de 6 060 642 000 pesos (25).

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su Influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Como se puede observar, existen diferentes servicios de salud públicos y privados que cuentan con programas de atención social para la población de adultos mayores, en su mayoría de apoyo legal, psicológico, de albergues, apoyo alimenticio, actividades de recreación, culturales y sólo algunas de atención médica. Sin embargo, sus estudios respecto a la utilización se enfocan sobre la calidad o satisfacción del cliente.

En la práctica gerontológica existe subutilización de los servicios del primer nivel por los adultos mayores, en razón a que por un lado no formaron conductas saludables y a la existencia de la creencia de que la enfermedad es el estado natural.

Los datos antes mencionados, son de llamar la atención, ya que la atención de los adultos mayores implica desafíos políticos, económicos, institucionales, educativos, médicos, sociales y culturales, además que requerirá de una nueva orientación de las políticas de salud, las cuales deberán estar encaminadas a prestar más y mejores servicios en la atención a los adultos mayores, cuyas demandas son múltiples y diversas.

En este sentido, el profesional de enfermería, no debe estar ajeno a los cambios demográficos y epidemiológicos antes mencionados, ya que su compromiso profesional es cuidar a la persona, familia o grupo en cualquier etapa de la vida, esto a partir de tomar en cuenta las creencias de los individuos ⁽²⁶⁾, tal como se menciona en el paradigma de transformación: "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud" ⁽²⁷⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Motivo por el cual el profesional de Enfermería debe considerar las creencias de los adultos mayores en la planificación del cuidado, debido a que por lo general ésta población proviene de áreas suburbanas o rurales y presentan distintas características culturales y sociales ⁽²⁸⁾.

Antes de continuar es importante definir algunos conceptos que se mencionan con frecuencia en el presente trabajo, como son: creencias, adulto mayor, salud en el anciano, creencias en vejez y salud, así como utilización de los servicios de primer nivel de atención.

2.1. REFERENTE CONCEPTUAL

Cabe resaltar, que existen diferentes modelos y teorías que se enfocan en el estudio de las creencias, no obstante ninguna de ellas refiere el concepto de creencias. En este sentido, Álvarez en el 2002 señaló que éstas se entienden como un conjunto de **“ideas y prácticas generalizadas que se basan en la tradición y se aceptan o rechazan por los miembros de un grupo, comunidad o sociedad, según su interpretación; así mismo las prácticas derivadas de las mismas son vistas como adecuadas o inadecuadas para hacer frente al fenómeno de la enfermedad”** (29).

Así mismo, se refiere que en el proceso de asimilación de mensajes de salud tienen importancia las creencias de los receptores, con respecto a diferentes aspectos del contenido de estos mensajes, ya que éstas determinan la representación que una persona se hace de su enfermedad o salud, es decir, lo que se conoce como dolencia, padecimiento, bienestar o estar sano.

Por tal motivo, se señala que las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, nociones preexistentes de la realidad que modelan el entendimiento de su significado, en la evaluación de los acontecimientos vitales se determina la realidad de cómo son las cosas en el entorno (30).

En este sentido se tiene que las creencias se han formado, ocupado un espacio, una energía, y se materializan dentro de los conceptos más arraigados del individuo. Estas se generan a partir

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

de lo que se ha escuchado o vivido, son maneras en que el individuo cree tener y ser, y que vienen más de otras personas (educadores, padres, sociedad, entre otras) o bien por los medios de comunicación o en el momento en que algo ha sucedido, produciendo una impregnación conciente o inconsciente, las creencias inconscientes, tienen una repercusión extraordinaria en la calidad de vida y es difícil acceder a ellas ⁽³¹⁾.

El término de adultos mayores se estableció desde abril de 1994 por la Organización Panamericana de la Salud quién señaló que se refiere a las personas mayores de 65 años de edad. Sin embargo, en México se ha determinado como aquella persona mayor de 60 años ^(32 - 35).

Cabe señalar, que en la sociedad a ésta población se le adjudican diversos términos como Adulto Mayor, ancianos, senescentes y personas mayores, entre otros.

Respecto al concepto de salud desde 1984 la Organización Mundial de la Salud en el Adulto Mayor la define como: "**La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad**", la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria ^(36, 37).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede considerar como **anciano sano**, aquella persona mayor de 60 años que puede cursar con enfermedades crónicas - degenerativas controladas, sin alteraciones en su esfera física, mental y social, lo cual le permite tener autonomía suficiente para satisfacer sus necesidades básicas y de desarrollo socio - cultural. Sin embargo, el término de anciano

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

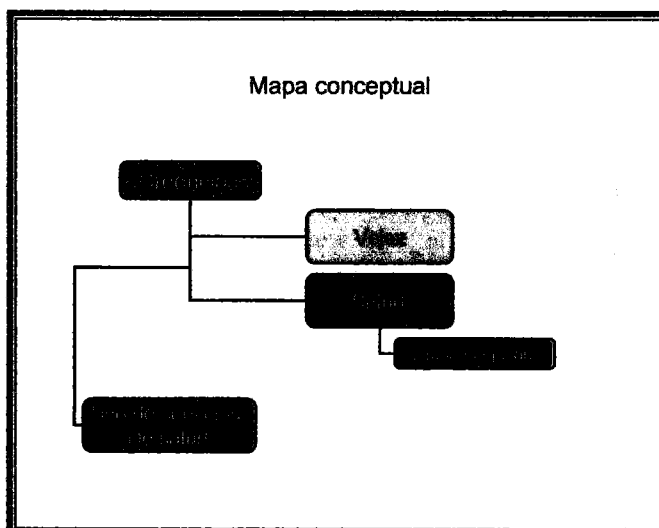
sano, no siempre esta ligado a la ausencia de la enfermedad, lo cual ocasiona ciertas confusiones. En este sentido debería probablemente ser sustituido por el de Anciano Valido o mejor aún por el de anciano funcional ^(38, 39).

Las **creencias en vejez** como el conjunto de ideas que tiene éste grupo etáreo sobre la última etapa del ciclo vital del ser humano y las **creencias en salud** se definen como las ideas o conceptos que tienen los adultos mayores en relación con su salud, bienestar o el estar sanos y.

Autopercepción de la salud: Imagen cognitiva que tiene el adulto mayor respecto a su estado de salud o bienestar.

Uso de servicios de salud de primer nivel de atención: Frecuencia de la utilización de las clínicas de atención para la salud.

De los conceptos antes mencionados se formuló el siguiente mapa conceptual.



Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Como se puede observar, las creencias intervienen en las conductas saludables que desarrolla el ser humano para el control y mantenimiento de su estado de salud, así como en la concepción que se tenga de un grupo determinado.

Por tal motivo, fue necesario indagar el estado del arte de éstas con respecto a la vejez, la salud en los adultos mayores y su influencia en la utilización de los servicios de salud.

2.2 ESTADO DEL ARTE DE LAS CREENCIAS EN SALUD, VEJEZ Y EL USO DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LA SALUD.

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan o no los servicios de atención primaria en salud, constituyen un elemento fundamental para diseñar políticas y estrategias que mejoren la entrega de éstos servicios a la población. De ahí, que diversos investigadores se han encargado de estudiar las creencias por las cuales la población selecciona determinado servicio.

De manera general, la literatura relata la relevancia de factores en prácticas de salud (edad, género, estado civil, ingreso, y nivel de educación, entre otras), y en el uso de programas de promoción de conductas saludables ^(40 - 43). Particularmente en países desarrollados suelen centrarse en valorar las creencias en la enfermedad o las conductas que tiene la población sobre algunos medios de diagnóstico o bien sobre el tratamiento médico.

2.2.1 Creencias sobre vejez

La vejez ha sido una de las etapas que con frecuencia presenta estereotipos, mitos o creencias que por lo general, la sociedad enfatiza en situaciones negativas. De ahí que diversas disciplinas de la salud, se han preocupado para identificar cuales son las creencias sobre la vejez.

Al respecto Monchietti A, en el 2004 realizó un estudio cuanti – cualitativo en 140 sujetos argentinos, con el fin de describir la representación social de la vejez, determinar el núcleo figurativo e

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

indagar acerca de la naturaleza de los elementos significantes que lo componen, y comparar las características principales que ofrece la representación social de la vejez en los 2 grupos (de 18 a 59 años y de 60 años en adelante), cada uno compuestos por 35 varones y 35 mujeres. Al respecto, señaló que 30% de los informantes del primer grupo se refirieron a la vejez como una etapa con limitaciones funcionales o estado de salud deteriorado y 38% aludió a frases provenientes de respuestas que conceptuaron o caracterizaron a la vejez como un estado psíquico, mientras que sólo el 4% de los informantes refirió esta etapa de la vida como cambio en la imagen corporal manifestada por: canas, arrugas, presencia de anteojos, tipo de vestimenta, etc. comparado contra el 37% del grupo de 60 años y más ⁽⁴⁴⁾.

En otro, estudio de tipo cualitativo realizado por **Monchietti** en el 2001, con el objetivo de identificar las representaciones sociales sobre la vejez, en 70 mujeres mayores de 60 años del Mar de Plata (Argentina), señaló que la categoría de mayor significancia era la de tipo psicológico, en la cual la vejez fue definida por un estado de ánimo, o por personalidad en la cual los entrevistados manifestaron que durante esta etapa de la vida se vuelven egoístas, rezongones o deprimidos ⁽⁴⁵⁾.

Sin embargo, en otro estudio se señaló que el tema del cuerpo era una de las esferas que en la vejez permanecía altamente comprometida, la cual se relacionó a una carga histórica. Por lo que, el cuerpo fue uno de los escenarios principales donde se desenvolvía el drama de la vejez, entendido este como un suceso de la vida real, capaz de interesar y conmover vivamente. Así mismo, se encontró que la vejez no era igual para todos los sujetos, ni todos ellos se referían al cuerpo de la misma manera,

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

aunque la mirada a otra persona de la misma edad, matizó el significado y destino personal del observante. Por lo que se concluyó que el cuerpo representaba para cada uno un significado absolutamente diferente, en virtud de las marcas históricas que ocurrían a lo largo de la vida de ese sujeto, Salvarreza citado por Griselli S ⁽⁴⁶⁾.

En otro estudio que se realizó con 340 individuos (204 hombres y 136 mujeres), de edades comprendidas entre 10 y 85 años, de la provincia de Sevilla, incluyendo la Capital. Se reportó que la limitación física más atribuida por los sujetos a la vejez, era el padecer los achaques propios de la edad, tales como problemas circulatorios, respiratorios, digestivos, etc. (45,3%), seguida de problemas de movilidad, entre las que destacaron las enfermedades del sistema musculoesquelético (31,7%), de disminución de fuerza física (13,6%), y sexuales (9,4%). Con respecto a los diferentes grupos etéreos encontraron diferencias significativas ($p=,008 < ,05$). Así mismo, los adolescentes y la primera edad adulta consideraron como principal limitación de la vejez los problemas de movilidad. La segunda edad adulta concedió mayor importancia a los achaques, mientras que los jóvenes y mayores concordaron en que la disminución de la fuerza física fue la mayor limitación que se presenta en la vejez. También encontraron diferencias significativas entre géneros ($p=,002 < ,05$). Al respecto, las mujeres señalaron como mayor limitación los achaques y los problemas de movilidad, mientras que los hombres consideraron más limitantes la pérdida de fuerza física y los problemas sexuales ⁽⁴⁷⁾.

Así mismo, se observó que culturalmente, "hacerse grande", ha sido casi siempre a lo largo de la historia, algo deseable, mientras que el "hacerse viejo" ha tenido connotaciones negativas, utilizado

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

dicho término como sinónimo de enfermedad, incapacidad o dependencia, este termino se relacionó principalmente a los aspectos negativos que implican disminución: en lo biológico, en el retiro laboral con las mermas económicas y sociales que conlleva, así como en la participación social y como consecuencia en la vivencia personal. La cultura, junto a los factores que la conforman los valores, las creencias, los criterios administrativos, políticos y económicos, también determinaron la edad de jubilación y el estilo de vida que conlleva ^(48, 49).

Sin embargo, Moñivas (1998), señaló que desde la década de los 60's, algunos estudios longitudinales demostraron que las personas mayores ni envejecen a la misma velocidad ni son iguales física y mentalmente. En concreto, la investigación iniciada en 1958, sobre el envejecimiento normal conocida como el Estudio Longitudinal sobre el Envejecimiento de Baltimore del Centro Johns Hopkins Bayview, haciendo el seguimiento de personas activas y con buena salud, en una muestra superior a 1000 sujetos entre los 20 y los 90 años, hasta el final de la vida contradujo las Representaciones Sociales existentes sobre la vejez, al demostrar que envejecer no supone necesariamente ni mayoritariamente para todos disminución ⁽⁵⁰⁾.

Así mismo, el Informe de Madrid, España, señaló que los adultos mayores vislumbraron que la imagen que el resto de la sociedad tiene de ellos estuvo asociada a connotaciones negativas. No obstante, reportó que algunos mayores manifestaron que la vejez también conlleva a situaciones positivas que no están presentes en otros momentos de la vida, básicamente tiempo libre y en menor medida, la posibilidad de frecuentar más las relaciones con los hijos o con los amigos. Por lo que, señaló que existe una gran

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

discrepancia entre la imagen que creen que existe sobre ellos y tal como se perciben ellos mismos ⁽⁵¹⁾.

En otro de los estudios que se realizó bajo la perspectiva cualitativa, a través de los estudios de caso en Coro, Venezuela con la finalidad describir y determinar la noción de vejez y su representación social en seis ancianos del estrato socio-económico IV, se reportó que los entrevistados hicieron una definición de la vejez desde dos ópticas: Primero, la vejez como etapa, donde el individuo cargado de años tenía la energía y el brío necesarios para continuar ocupando un status importante dentro de la sociedad. Y Segundo la vejez, conceptualizada como ancianidad o época de edad muy avanzada, caracterizada por un deterioro físico, mental y social que se constituye en un estorbo para la sociedad. No obstante, señalaron que la unión familiar era uno de los valores más importantes, lo cual se conservaba y transmitía a descendientes. Por lo que concluyeron, que las condiciones socio-económicas, culturales, ambientales y el estilo de vida durante la infancia, juventud y adultez de los informantes, determinaron la actual noción que ellos manifestaron sobre la vejez hoy día ⁽⁵²⁾.

Por otro lado, en una investigación que se realizó con 34 informantes en la Universidad Nacional de Lujan, el cual se realizó bajo un paradigma (cualitativo – cuantitativo – cualitativo), se señaló que de los resultados obtenidos, en la primera fase se observó que la vejez era sinónimo de inutilidad, digna de cuidado, ociosidad, haraganería, etc. Manifestaciones que difirieron según la etapa de vida, ya que los niños señalaron aspectos positivos para este ciclo vital, comparado con los de la etapa de la adultez, quiénes hicieron referencia a que las personas en ésta etapa de la vida debían jubilarse para dar lugar a una generación que pugna

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

por encontrar un espacio y un lugar. Por lo que llegaron a la conclusión de que la vejez y el ser viejo no condujeron a una situación privilegiada, ya que se hizo referencia a la antinomia, oposición juventud y vejez ⁽⁵³⁾.

Con relación a las creencias sobre la vejez en México, se observó que al igual que ocurre en otras sociedades de Latinoamérica, esta etapa de la vida fue marcadamente ambivalente y contradictoria, debido a que osciló entre una imagen que agrupó las mayores virtudes humanas, dignas del más amplio reconocimiento social a otra de desprecio o, en el mejor de los casos de resignación de su existencia ^(54 - 56).

Así mismo, algunos autores mencionaron que la imagen social de la vejez en México también era negativa; la cual se vislumbró como una etapa de la vida que se detiene en el déficit y en la incapacidad, limitando y empobreciendo la perspectiva de vida de este grupo etario, llegando a la marginación social ⁽⁵⁷⁾.

Vargas en el 2003, realizó un estudio transversal, exploratorio y comparativo con 78 personas de 14-19 años y 67 de 60 años y más en la Delegación Félix Osoreo del municipio de Querétaro, con la finalidad Identificar la percepción de Adultos mayores y jóvenes sobre ser "viejo", reportó que ambos grupos tenían una opinión negativa sobre ser "viejo". Con relación al primer grupo observó que los jóvenes de 14-27 años, así como en el sexo femenino y los que trabajan, vislumbraron una tendencia a tener una opinión negativa sobre ser viejo, no obstante el tener entre 18-19 años de edad, ser del sexo masculino, estudiar y trabajar se consideraron como factores protectores para expresarse positivamente sobre ser anciano. Con relación a la percepción de los viejos, manifestaron que en los de mayor edad, ser mujer, trabajar, no tener pareja y la

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

estructura familiar nuclear, existió la tendencia a una opinión negativa sobre ser viejo ⁽⁵⁸⁾.

Como se puede observar, los reportes del estado del arte respecto a la vejez, enfatizaron en algunas teorías del envejecimiento como: La teoría del desgaste (radicales libres) y la de acumulación de productos de desecho.

La Teoría de los radicales libres, postula que el envejecimiento es el resultado de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de oxidación biomolecular, las cuales podrían estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco ⁽⁵⁹⁾.

La Teoría de la acumulación de productos de desecho refiere que el metabolismo produce residuos tóxicos que se convierten en lípidos, los cuales se dañan con el paso del tiempo, contaminando gradualmente el entorno celular, ya que el daño se va acumulando gradualmente hasta que el organismo cae al fin como un desperdicio ⁽⁶⁰⁾.

Lo anterior debe llamar la atención a los servidores de la salud, ya que los efectos de estas teorías, se asocian al desarrollo de enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes ^(61, 62), las cuales demandarán con más frecuencia el uso de los servicios de salud.

2.2.2 Creencias en Salud

Respecto a éstas creencias Riley en 1979, se preguntó particularmente si la edad de una persona intervenía o no, en sus reacciones frente a la salud o la enfermedad, si afectaba la frecuencia o el tipo de acciones que seleccionaba para protegerse de la enfermedad o durante ella. De los resultados obtenidos encontró que las diferencias se debían a las concepciones que tenían sobre las enfermedades y a las reacciones emocionales, así mismo las personas distinguieron algunas actitudes y creencias sobre las enfermedades presentadas en el transcurso de sus vidas; **citado por Leventhal H; 1992 ⁽⁶³⁾.**

Clarke y colaboradores en el 2000, investigaron el por qué las personas no comprometen sus conductas positivas que promuevan su salud y bienestar, utilizando el modelo de creencias en salud (MCS), de los resultados obtenidos encontraron que las mujeres tenían un prejuicio respecto al riesgo y la severidad del cáncer de mama, y barreras para realizarse la mamografía pero no respecto a los beneficios de esta prueba. Para el cáncer de la próstata, encontraron prejuicios para algunas de las variables del modelo como fueron: el riesgo y severidad del cáncer de la próstata, barreras y beneficios para la prueba ⁽⁶⁴⁾.

Así mismo, **Hsu H y Gallinagh R en el 2001,** realizaron un estudio comparativo con el propósito de identificar la relación entre las creencias en salud y las conductas ante el examen anual de salud gratuito, con 200 personas mayores de 65 años, en una comunidad de Taiwán, en el que encontró diferencia significativa entre los que tenían educación superior y los de educación elemental, con el uso

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

de servicios. Igualmente, los que tenían un nivel económico más alto manifestaron una aprobación mayor al programa, comparado con los de nivel inferior (45% y 65% respectivamente). También encontraron que el apoyo familiar influyó en la aceptación del examen diagnóstico, y reportaron que existió significancia estadística entre los usuarios que percibieron un nivel más alto de gravedad y susceptibilidad que los que no utilizaron el programa ⁽⁶⁵⁾.

Brownell, C. A en el 2002 indagó el efecto de las creencias en salud funcional y las conductas de promoción a la salud en 152 sujetos mayores de 65 años de dos comunidades rurales (79 del pueblo de Sullivan y 63 de Otsego) de la Ciudad de New York, en quienes evaluó los efectos de las estructuras de MCS (susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras), así como percepción del estado de salud, motivación de salud, el locus de control de la promoción de conductas saludables. Los resultados reflejaron que los adultos más viejos que frecuentemente participaban en la promoción de conductas saludables, refirieron una percepción positiva y menos barreras que los que no asistían. Con relación a la susceptibilidad los hallazgos señalaron que la gente más vieja manifestó la probabilidad de presentar limitaciones funcionales. Respecto a la severidad 70% refirió dependencia; 85% comentó que el tener cuidado era benéfico para su salud, 73% manifestó no tener ninguna barrera para su atención y solo 32.3% señaló que realizaba sus quehaceres sin dificultad. En relación al uso de servicios de salud, 77% indicaron utilizarlos anualmente, mientras que solo 5% indicaron que nunca. La asociación entre el nivel superior de educación o tener beneficios fue significativo ⁽⁶⁶⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Por otro lado, se realizó un estudio en una muestra de 178 mujeres, el cual consideró las conductas preventivas que llevaron a cabo ante la enfermedad del corazón (EC), tomando como base las percepciones de susceptibilidad, gravedad, motivación de salud general, apoyo social y conocimiento de factores de riesgo del MCS. Los resultados de la regresión revelaron esa susceptibilidad, gravedad, conocimiento de los factores de riesgo ante la EC, mientras que 76% de la motivación de salud general explicó la variación de conductas saludables ante esta enfermedad ⁽⁶⁷⁾.

En otro estudio cualitativo – cuantitativo, que se realizó para identificar las Creencias sobre el examen digital rectal (EDR), como tamiz para el cáncer de próstata y su intención de práctica, en 266 hombres de 45 – 64 años de edad, de Cali Colombia, usando el MCS como referente teórico se encontraron como categorías las siguientes: **Causas de la enfermedad** (predeterminación y comportamiento); **Presentación de la enfermedad** (de tipo obstructivo a nivel del tracto urinario o presencia de dolor a nivel de la zona pélvica y/o durante la micción); **Susceptibilidad percibida** (relacionadas con la mortalidad, la discapacidad y el dolor); **Severidad percibida** (sólo hicieron alusión al tratamiento quirúrgico); **Barreras percibidas** (económicas, individuales, por la técnica de realización del tacto rectal, por el personal de salud, de información, asociadas con el efecto del examen sobre la masculinidad); **Características y cantidad de información sobre la enfermedad** (información limitada sobre el tema); **Efecto sobre la masculinidad** (señalaron que el examen cambia su tendencia sexual, un aspecto que generó preocupación entre los hombres fue la “pérdida de la virginidad después de viejo”, la “violación” y “humillación”); **Percepción de los servicios de salud** (falta de respuesta de los médicos

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

generales a la solicitud del examen, excesivos trámites administrativos y escaso tiempo dedicado a la atención; **Beneficios percibidos** (posibilidad de un diagnóstico precoz de la enfermedad). Tomando en cuenta lo anterior concluyeron que era necesario plantear nuevas intervenciones, con un enfoque de salud pública, para este problema ⁽⁶⁸⁾.

Goldring y colaboradores (2003), realizaron una investigación con 218 pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria, en la cual estudiaron la relación médico-paciente, calidad general, enfermedad específica de vida e intenciones para tomar un medicamento, en el que encontraron que para los pacientes más sintomáticos, los costos y beneficios predijeron tomar acciones terapéuticas. Sin embargo, en los pacientes menos sintomáticos, los costos jugaron un papel más importante. Así mismo, la indicación médica predijo intención principalmente entre aquellos que habían compartido una relación de decisión-acción con su médico ⁽⁶⁹⁾.

Islas P en el 2004, realizó un estudio descriptivo transversal en España, con el objetivo de conocer el significado de salud en cuatro colectivos comunitarios diferentes entre los que se encontraron 105 adultos mayores. De los resultados obtenidos encontró divergencia de la definición de la salud entre la los diversos grupos, no obstante coincidieron en que salud era estar ausente de enfermedad, tener bienestar y alegría. Los adultos mayores determinaron la salud desde el punto de la funcionalidad. Finalmente concluyó que cualquier paradigma que intente promocionar la salud, prevenir la enfermedad o mejorar la salud de los seres humanos debería incluir la cultura del individuo y del grupo social al que pertenece, porque los códigos culturales

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

intervienen en el significado de la salud y de la enfermedad, en el estilo de vida, en las acciones de autocuidado, en la identificación de los síntomas y, por ello son determinantes en el proceso salud-enfermedad ⁽⁷⁰⁾.

2.2.3 Uso de Servicios de Salud

Por lo que respecta a los estudios sobre el uso de los servicios de salud, **Abellán en 1999**, indagó en España sobre el Porqué los adultos mayores no utilizaban los servicios formales, en el cual reportó que esto se debía a diferentes tipos de barreras, entre las que destacaron: Barreras burocráticas, de organización, arquitectónicas, geográficas, así como el costo de los servicios, delincuencia, miedo a ser asaltados y la confianza en los cuidadores informales ⁽⁷¹⁾.

Así mismo, **Steven y Enríquez en el 2000**, realizaron una investigación con el propósito de estudiar el acceso a los servicios de salud y examinar la equidad de dos sistemas médicos en los Estados Unidos de Norte América, el cual se llevó a cabo con adultos mayores pertenecientes a grupos minoritarios (858 latinoamericanos, 970 afro americanos y 8 622 euro americanos), quiénes reportaron que las barreras más comunes al acceso a los servicios médicos disponibles fueron: el costo de los servicios falta de tiempo, el desconocimiento con respecto a la manera de utilizarlos y las barreras administrativas ⁽⁷²⁾.

Referente a México, se encontró que los estudios se desarrollan desde el paradigma cuantitativo y cualitativo. De este último sobresalió el trabajo de **Bronfman** y colaboradores, quiénes en 1994 realizaron una investigación sobre las modalidades y

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

determinantes micro sociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud en ocho áreas urbanas, con la finalidad de identificar las divergencias y convergencias entre el personal médico y los utilizadores de los servicios de salud. De los datos obtenidos observaron que el otorgamiento de la atención médica se realizó con fines curativos, así mismo señalaron un permanente desencuentro entre el discurso médico y el discurso cotidiano de los pacientes, para los médicos la prevención favorecía la no enfermedad mientras que para los usuarios la prevención iniciaba cuando se está enfermo y funcional, así como para prevenir caer enfermo. También encontraron incongruencias con el concepto de "gravedad" que manifestaron los usuarios, ya que éstos la definían como un **estado inmediatamente previo a la muerte**, lo cual no coincidió con la definición propuesta por la medicina moderna ^(73, 74)

Como se puede observar existen diferentes investigaciones tanto a nivel Internacional como Nacional respecto, al uso de los servicios de salud, las cuales se han afrontado desde cuatro perspectivas: desde el punto de vista de la población, bajo la perspectiva del sistema de salud ⁽⁷⁵⁾, a través el impacto económico que se genera en éstos y bajo el enfoque de las barreras.

Los estudios que se han desarrollado bajo el modelo de creencias en salud de los adultos mayores, se han enfocado a indagar la enfermedad y no necesariamente la salud, sin considerar las creencias que tiene la población de adultos mayores sobre su propia vejez y salud.

Respecto a las indagaciones que se encontraron sobre la vejez, se observó que la mayoría de ellos se enfocaron en las

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

representaciones sociales a través del paradigma cualitativo, no obstante, éstas se han desarrollado en población con características diferentes, las cuales no pueden extrapolarse al grupo de adultos mayores mexicanos, así mismo se observó que no consideraron su influencia en el uso de los servicios de salud.

Lo cual debe ser un punto de alerta, ya que los individuos toman decisiones en función de las creencias que se formulan respecto a un fenómeno determinado.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

2.3 VIABILIDAD DEL TRABAJO

Tomando en cuenta el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Demografía, organizaron en 1992 un taller sobre políticas a favor de las personas de edad, el cual señaló la importancia de crear modelos de atención comunitaria para la población de adultos mayores, con el propósito de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social ⁽⁷⁶⁾.

México no fue la excepción y para dar respuesta a los problemas demográficos y epidemiológicos, el 4 de noviembre de 1998 la H. Asamblea Legislativa presentó la iniciativa de Ley de Protección, integración, asistencia y promoción de los derechos de los adultos mayores (independientes, semidependientes, dependientes o en riesgo de desamparo) ⁽⁷⁷⁾, mismo que se tradujo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el ISSSTE, en Programas de atención encaminados a los adultos mayores.

Éste último, implementó el Programa Nacional de Envejecimiento Exitoso, a través del cual creó 145 unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel, que cuentan con servicios especiales para los adultos mayores. De ese total, 115 son Módulos de Atención Gerontológica, ubicados en clínicas de medicina familiar y 30 servicios de geriatría que funcionan en la red de hospitales generales y regionales del país, los cuales son atendidos por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales ⁽⁷⁸⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

El programa Nacional de Envejecimiento Exitoso tiene como propósito aplicar acciones preventivas como: vacunación, control del anciano sano y enfermo, implementar la cartilla de salud, entre otras, acciones que le permitirán a los adultos mayores mantener una buena calidad de vida.

Sin embargo, de acuerdo a la experiencia clínica estas acciones son subutilizadas, ya que los adultos mayores tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de segundo o tercer nivel de atención, debido a que algunas veces en el primer nivel de atención tanto en personal de enfermería como médico no comprende las creencias que tiene esta población respecto a la salud y a la vejez, lo cual genera contradicciones en la adherencia terapéutica y los planes de cuidados que proporcionan estos profesionales.

Como se puede observar las políticas actuales del ISSSTE, y las investigaciones escasas en México, con relación a las creencias en vejez y salud de los adultos mayores que limitan el uso de los servicios de primer nivel de atención a la salud, justifican el presente estudio por lo cual tiene una alta viabilidad de desarrollarse en esta Institución.

3. Planteamiento del Problema

Cabe resaltar que las indagaciones respecto a las creencias en vejez, salud y el uso de los servicios de salud se han desarrollado a través de diversos modelos como: el epidemiológico, económico, social y psicosocial. No obstante las que se orientan en el último modelo se enfocan al estudio de las creencias sobre algún padecimiento en especial como: cáncer, SIDA, tuberculosis, asma entre otras, o bien en grupos de mujeres embarazadas, las cuales destacan más las creencias en relación a la enfermedad (situaciones objetivas), que a las creencias respecto a la salud (situación subjetiva).

Con respecto, a los estudios sobre las creencias que tienen los adultos mayores sobre la salud y el uso de los servicios de atención médica, algunos autores como Bronwell (2002); Bronfman (1997), entre otros señalaron que el uso de los servicios de primer nivel de atención, dependía de las conductas que el adulto mayor desarrolló con base a sus creencias, las cuales podrían ocasionar consecuencias emocionales, cognitivas y motoras que se suman a dichas creencias y que impactan sobre el deterioro de la salud.

Cabe resaltar, que los datos reportados en las investigaciones antes mencionadas no se pueden extrapolar a la población mexicana, ya que las características sociodemográficas son diferentes a las reportadas para adultos mayores anglosajones. Por tal motivo se formuló el siguiente cuestionamiento:

¿Influyen las creencias de vejez y salud de los adultos mayores en el uso de los servicios de salud de primer nivel de atención?

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Tomando en cuenta que los adultos mayores desarrollan sus conductas de cuidado hacia la salud con base en sus creencias, y que estas repercuten en el uso de los servicios de primer nivel de atención, se establecieron los siguientes objetivos.

3.1 Objetivo General

Identificar la influencia de las creencias que tienen los adultos mayores sobre la vejez y la salud en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Objetivos Específicos:

- Identificar la visión que tienen los adultos mayores sobre la vejez y la salud.
- Comprender el concepto de salud desde la visión de los adultos mayores.
- Identificar las dimensiones sociales que se asocian a las creencias de vejez, salud y uso de servicios de atención de primer nivel de atención.

Propósito:

Proponer un modelo de atención *ad-hoc* a las creencias que tienen los adultos mayores sobre la vejez y la salud en el primer nivel de atención.

4. METODOLOGÍA

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Cabe señalar que el estudio de las creencias sobre vejez y salud se han abordado desde diferentes paradigmas entre los que resalta el cualitativo, ya que éste enfatiza en el estudio de los procesos, significados, así como en fenómenos y experiencias humanas. Es claro, que la investigación cualitativa está fundamentada principalmente por el paradigma constructivista, el cual no cree que haya una sola realidad objetiva, por lo que entiende que hay realidades que se construyen de manera local y específica, que son internas a los individuos y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que de ellos se hacen ⁽⁷⁹⁾.

Este paradigma es diferente al cuantitativo, ya que se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, mientras que el cualitativo cubre la totalidad del proceso de investigación, el cual se verifica y ajusta al mundo empírico, debido a que el mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica, por lo tanto no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial ⁽⁸⁰⁾.

Respecto a los estudios sobre las creencias en salud se encontraron dos modelos el primero que parte de la sociología médica, bajo un enfoque paradigmático cuantitativo ^(81 - 83) y el segundo que enfatiza en la etnografía, herramienta metodológica de la antropología social, la cual ha sido utilizada tanto por antropólogos como por enfermeras entre las que destaca M. Leininger, quién se centra en el estudio y el análisis comparativo de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de los valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura ^(84 - 88).

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Una de las tradiciones cualitativas que ha estudiado las creencias sobre vejez es la de **Representaciones Sociales (RS)** la cual refiere que éstas son construidas por el colectivo y se comprenden como una teoría sui géneris destinadas a interpretar y construir lo real, en donde el sujeto recibe, transforma y evoluciona un conocimiento a la vez que lo utiliza en su vida cotidiana. En este sentido, las representaciones hacen que el mundo conozca lo que las personas piensan que es, o podrían ser, quiénes reúnen conceptos, vocabularios y experiencias provenientes de diversos orígenes ^(89 - 92).

Otra de las tradiciones cualitativas que también se ha enfocado es la **Teoría Fundamentada (TF)**, la cual proviene del campo de la sociología, desarrollada originalmente por Galsser, Strauss y Corbin, ésta se ha utilizado para generar teorías que estén fundadas en los datos ya que se considera como una metodología abstracta, flexible, conceptual e inductiva ^(93, 94).

La TF se usa mejor cuando se estudia el significado de un fenómeno ⁽⁹⁵⁾, ya que intenta comprender las conductas y las instituciones a través del conocimiento de las personas involucradas, así como de sus valores, rituales, símbolos, creencias, emociones e interacciones entre ellas ⁽⁹⁶⁾.

Los teóricos fundamentados recolectan los datos a través de observaciones y entrevistas y a partir de fuentes como documentos, la escritura creativa, los artículos de periódico, y los diarios ⁽⁹⁷⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

El proceso de análisis en la TF es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante y el modelo teórico ⁽⁹⁸⁾.

Como se puede observar existen diferentes enfoques teóricos para indagar las creencias sobre la vejez, la salud y su influencia en el uso de servicios de salud como son: las representaciones sociales, los enfoques etnográficos, el modelo de Rosenstock y la teoría fundamentada. No obstante éstos son antagonistas entre sí ya que, las primeras enfatizan en indagar constructos cognitivos de imágenes y conceptos, en donde incluyen los prejuicios, las creencias, las atribuciones, los estereotipos, los valores, las actitudes y las teorías implícitas que la gente tiene acerca de cualquier dominio de la realidad, mientras que la etnografía se encarga de indagar los procesos culturales sobre lo que un colectivo piensa o cree sobre un fenómeno determinado, a través del cual desarrolla determinadas conductas.

Por otro lado, se observó que el modelo de Rosenstock apuntala más a las creencias sobre la enfermedad y el uso de los servicios, a través de la percepción del individuo sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad; así como los factores internos (situación psicológica, económica, familiar y social) y externos (señales de acción, es decir personas o medios de comunicación que ofrecen consejos sobre cuidados para la salud), que se asocian a la probabilidad de emprender una acción de cuidado determinado.

4.1 Tipo de estudio.

Tomando en cuenta lo anterior, se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, bajo el paradigma de cualitativo, a través del enfoque de la teoría fundamentada ⁽⁹⁷⁾.

4.2 Muestra

Considerando que los reportes de investigación sobre las creencias en vejez, salud y uso de los servicios de salud señalan que existen diferencias a partir del género y la edad de los participantes, se consideró como muestra para éste estudio ocho informantes mayores de 60 años, de ambos sexos, que supieran leer y escribir, procedentes de diferentes estados de la República Mexicana, y que habitarán en el momento del estudio en cuatro colonias aledañas a la Clínica Valle de Aragón, del ISSSTE. (2 de la zona norte, 2 de la zona sur, 2 del oeste, 2 del este), los cuales se entrevistaron durante el período de Enero a Diciembre del 2005.

4.3 Técnica

Las creencias en vejez, salud y el uso de los servicios por parte de los adultos mayores se recolectaron a través de una entrevista semi-dirigida, la cual esta integrada por cinco apartados: El primero se refiere a datos de identificación; el segundo a las creencias sobre la vejez; el tercero se refiere a las creencias en salud; el cuarto aborda los aspectos familiares y el quinto los aspectos sobre la utilización de los servicios de salud. **(Anexo 1)**

Por otro lado, se dio a colorear un esquema en el cuerpo humano, con diversos colores como son: verde para referirse a la salud,

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

amarillo que representa disminución; azul para pérdida total de la funcionalidad; rojo para manifestar dolor y rosa para debilidad (**Anexo 2**), el cual se utilizó para identificar las creencias que tienen los informantes, respecto al estado salud de los diferentes aparatos y sistemas.

4.4. Procedimiento

- a) Antes de llevar a cabo el estudio se presentó el proyecto de investigación a las autoridades de la Clínica Valle de Aragón, del ISSSTE a fin de solicitar su autorización para llevar a cabo dicho estudio y contar con las facilidades para realizar la entrevista.
- b) Los adultos mayores se seleccionaron considerando las características del anciano sano y el concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud.
- c) Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, quienes fueron enterados previamente sobre el objetivo del estudio.
- d) Se visitó por colonia, un máximo de dos adultos mayores (1 del género femenino y 1 del masculino), que utilizaran los servicios de atención en el primer nivel a la salud del ISSSTE.
- e) Se aplicó una prueba piloto de la entrevista con el propósito de identificar las preguntas claves, determinar el tiempo de ésta y así elaborar preguntas claras, y comprensibles.
- f) Se realizó una entrevista por semana de aproximadamente dos horas de duración en el domicilio de los informantes, la cual fue grabada, previa autorización.
- g) La entrevista se llevó a cabo por el investigador del proyecto.
- h) Los nombres de los informantes fueron substituidos por números progresivos e iniciales del nombre.

5. FASE ANALÍTICA

Se llevó a cabo a través de la transcripción textual de la narración de los informantes, en formato Word, posteriormente “se limpio” (la transcripción se repaso nuevamente, para identificar la precisión del texto, así como los diversos tonos de voz y actitudes que el adulto mayor manifestó durante la entrevista).

Concluidas, se examinaron a través del microanálisis línea por línea con la finalidad de realizar una codificación abierta y axial, por último se realizó la codificación selectiva en la que se clasificaron las categorías y subcategorías identificadas, posteriormente se procedió a realizar un esquema de organización, a partir del método inductivo – deductivo.

Finalmente se analizaron cada una de las categorías y subcategorías, las cuales se fundamentaron con reportes de investigación.

El análisis del desarrollo del cuerpo humano se interpretó a partir de los colores que más sobresalieron según su creencia del estado de salud por aparatos y sistemas.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La presente investigación se sustentó en los principios éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la cual señala en el Título segundo, capítulo I, los siguientes artículos:

- **Artículo 14, fracción V**, hace referencia al consentimiento informado del sujeto de estudio, una vez que se le ha dado una amplia explicación sobre los objetivos del estudio y la libertad para que éste decida su participación.
-
- **Artículo 16**, señala la protección de privacidad del individuo, motivo por el cual se sustituyó el nombre de las personas, por iniciales del nombre y número consecutivo.
-
- **Artículo 17, fracción II**, refiere los estudios con riesgo mínimo, para lo cual se mencionó al informante que éste estudio lo le ocasiona ningún daño ⁽⁹⁹⁾.

También consideró los Derechos Humanos y la Enfermería a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Secretaría Técnica del Consejo y Dirección de Capacitación, ya que éstos hacen referencia a:

- Derecho de autonomía, el cual menciona la capacidad moral y legal que tiene el paciente de tomar su propia decisión, la cual debe ser respetada por el investigador.
- Derecho a la información, éste señala que para poder tomar la decisión es necesario que la persona tenga la información

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

suficiente, explicada por el investigador de forma clara y sencilla
(100)

- Derecho a la confidencialidad, ya que se considera el derecho que tiene el sujeto de que la información proporcionada se maneje confidencialmente de acuerdo al Secreto Profesional.

Así mismo se consideró el código de ética de los profesionales en enfermería, el cual señala en el Capítulo V, Art. 47 los siguientes aspectos:

- El cliente-usuario otorga su consentimiento lúcido y libre y que posee la suficiente información que le permite conocer los riesgos a los que puede ser sometido. Si para la investigación fuera imprescindible que el cliente-usuario ignore parcial o totalmente que es sujeto de investigación, deberán extremarse las medidas que le garanticen estar exento de riesgos, y deberá pedirse a posteriori, su consentimiento para la inclusión de los datos en la investigación.
- Se respetará la vida privada del cliente-usuario, no revelando su identidad al ser publicada la investigación, sin la autorización expresa del interesado.
- No se emplearán procedimientos que puedan afectar la conciencia moral y la dignidad del cliente-usuario.
- La investigación será interrumpida si en transcurso de la misma surge un peligro imprevisto para el cliente-usuario o si éste lo solicita.
- Si el cliente-usuario no desea participar en el estudio, no se tomarán represalias contra él y se asegurará que la calidad de los servicios asistenciales no se verá afectada por su decisión
(101)

7. ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

Del análisis cualitativo de ocho entrevistas realizadas se encontraron los siguientes dos paradigmas: Creencias sobre la vejez y la salud y su influencia en el uso de los servicios de primer nivel de atención, los cuales se mencionan a continuación, así como sus respectivas categorías y subcategorías.

a. Paradigma 1: Creencias de la vejez: éste se entendió como la forma de ver la vejez misma y de otras personas, se manifestó como sinónimo de malestar físico. Al referirse a los “achaques” de la vejez, o bien como dependencia física según las experiencias vividas.

En éste paradigma se encontraron como categorías las siguientes: preámbulos del envejecimiento, con la subcategorías de deterioro buco-dental. Otras que se observaron fueron: los sentimientos de soledad y la de evocación de muerte.

b. Paradigma 2: Creencias en salud: comprendió la descripción física del estado de salud actual, la cual se asocio con la ausencia de enfermedad, lo que le permite realizar sus actividades cotidianas.

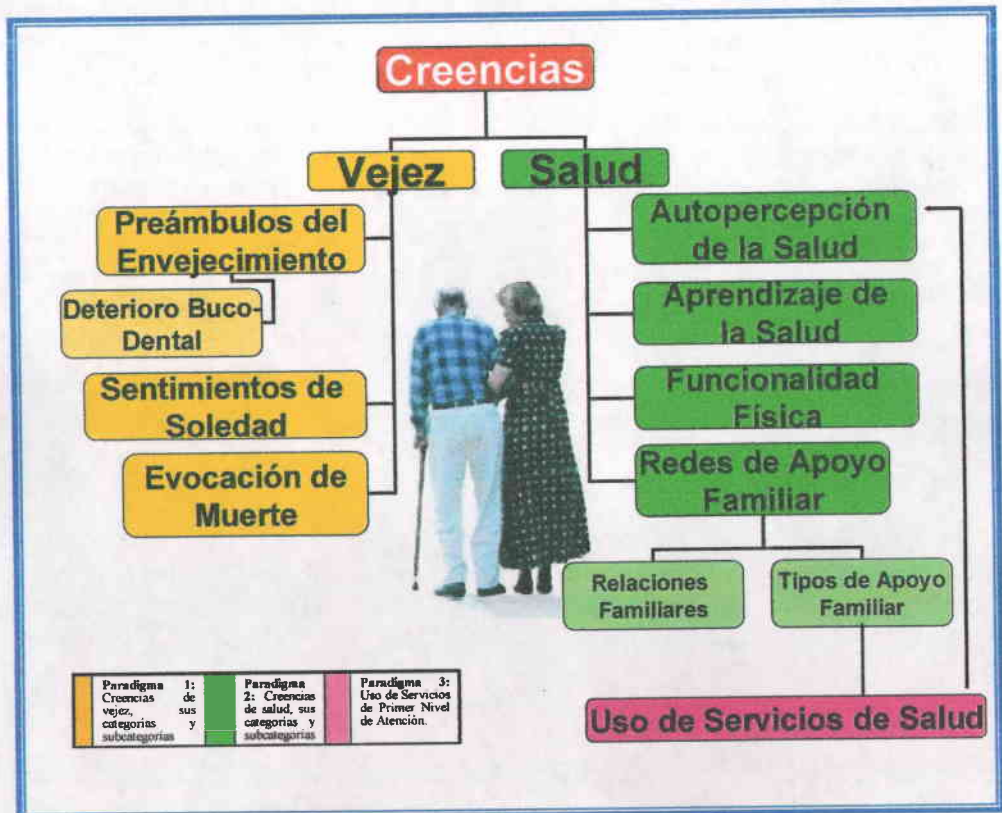
Dentro de éste paradigma se encontraron las siguientes categorías: autopercepción de la salud, aprendizaje de la salud, funcionalidad física y redes de apoyo familiar, en ésta última se hallaron las siguientes subcategorías: relaciones familiares y tipo de apoyo familiar.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

c. **Uso de los servicios de salud de primer nivel de atención:** éste solo hizo referencia al momento en que ellos acudieron a los servicios de salud, el cual se encontró en estrecha relación con la autopercepción de la salud y las redes de apoyo familiar.

El Esquema de Organización de categorías y subcategorías que se desarrolló a través de los paradigmas y sus respectivas categorías y subcategorías tomando en cuenta la teoría fundamentada fue el siguiente **Figura 1:**

Figura 1: Esquema de Categorías y Subcategorías
(Vargas E L, Crespo K S; 2005)



Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Cabe mencionar que las creencias en vejez y salud se encontraron aisladas, ya que las primeras se concibieron como una etapa del ciclo vital que se encuentra con cambios en el aparato musculoesquelético, y en la cavidad buco-dental, así mismo los informantes consideraron que ésta época de la vida estaba acompañada de sentimiento de soledad y evocación de muerte, mientras que las segundas las asociaron con la autopercepción de la salud, el aprendizaje de la misma, la independencia en la funcionalidad física y las redes de apoyo familiar, las cuales se asociaron con el uso de servicios de salud.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

8. RESULTADOS

De los resultados obtenidos de las entrevistas que se aplicaron a cinco mujeres y tres hombres, se encontraron las siguientes características: edad promedio de 72 años, cinco estuvieron casados, uno separado, uno en unión libre y tres viudos; tres informantes sabían leer y escribir, y dos no, y tres solo podían deletrear su nombre. En relación al nivel de escolaridad tres manifestaron que no fueron a la escuela, cuatro cursaron primaria incompleta y solo uno secundaria completa. Con relación al lugar de origen tres señalaron ser del Distrito Federal, y el resto de Arizona, Zacatecas, Oaxaca y Puebla.

El nivel socioeconómico fue mayor a dos ingresos de salario mínimo, pertenecientes a la zona urbana (Tabla 1).

Tabla1: Características generales de los informantes.

Codificación	Edad	Género	Estado Civil	Sabe leer y escribir	Originario	Grado de escolaridad
01C	68	Femenino	Casada	Si	DF	Secundaria Completa
02CV	63	Femenino	Casada	Si	DF	4o. año de primaria
03MPV	79	Femenino	Viuda	Pues no muy bien	Arizona	1o. año de primaria
04IV	66	Masculino	Unión Libre	Si	Zacatecas	5o. año de primaria
05APV	76	Masculino	Casado	No	Hidalgo	Ninguno
06EP	64	Femenino	Viuda	Solo deletreo mi nombre	Oaxaca	Ninguno
07CVV	80	Femenino	Viuda	No	DF	Ninguno
08JVF	80	Masculino	Separado	Un poquito	Puebla	3o. de primaria

Fuente: 8 entrevistas, realizadas durante enero – diciembre del 2005 en cuatro colonias, adscritas a la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE.

8.1 CREENCIAS SOBRE LA VEJEZ



La vejez ha sido una etapa de la vida del hombre que lo ha hecho reflexionar y ha provocado sentimientos contradictorios. Ya Cicerón, en el año 44 a. de C. decía de la vejez: *“Todos los hombres aspiran alcanzarla, sólo para clamar después contra ella cuando la han logrado. ¡Así de voluble y de perversa es la insensatez humana!”* (102).

No obstante, las creencias de la vejez emitidas por los informantes se entendieron como: la forma de ver la vejez misma y de otras personas, las cuales se centraron en el sinónimo de malestar físico y **declive funcional**, al referirse a los “achaques” presentados en esta etapa de la vida, así como de dependencia física, al señalar que en un futuro ellos necesitarán de la ayuda de sus familiares.

Las creencias respecto al **declive funcional** giraron en torno a disfunción orgánica particularmente en el sistema músculo-esquelético, así como en la esfera Psico-socio-familiar, al manifestar que ésta es triste, ya que existe una probabilidad de ser abandonados y olvidados.

Otra situación que llamó la atención es que hicieron referencia a la vejez de otras personas, pero no a su propia vejez, lo cual dejó entrever que es más fácil describir a los otros que a la persona misma.

Al respecto, los informantes mencionaron los siguientes testimonios:

“Como te dijera, vas minando tu vida, o sea va, tu vida va, se va transformando, va acabando, se va que por más que tu le echas ganas, les digo hay yo amanezco como globito, infladito, infladito, pero ya cuando se va acabando el día,

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

acabas para el desastre, pero bueno nadie lo sabe he, no se los digo a mis hijos. Y yo te digo te va mellando todo, porque ya, ya no caminas igual, ya no te mueves igual, las alturas, para brincar, para subir ya te da trabajo, es mucho trabajo.... pienso que ya viejo es como cuando ya no te dejan hacer nada ya tienes que depender de todos. E01 Mujer de 68 años de edad."

"Porque ya ves que se llega el momento y el día en que ya no puede uno hacer nada, ya no puede valerse uno por uno solo. E02 mujer de 63 años de edad."

"Pues bueno ahora ya estoy viviendo otra etapa de la vejez, que es que estas todo uno arrugado y pues no le gusta a uno muy bien, pero pues ya que, ya tienes que entrar a esa edad, de que éstas ya más madura, y se va haciendo uno como una fruta que se madura en el árbol, que dura colgando, luego se cae y se hace arrugadita, y uno es también es uno igual, fuimos un árbol, dimos el fruto, y ya entramos a hacernos viejos, ya aquel palo ya paso varios años y ya tiene que llegar al fin de que se va terminando... E03 mujer de 79 años de vida."

"Horita ya estoy deteriorado, porque cuando le explico a usted, cuando joven como roble, porque todo se acaba, no es eterno nada, horita sí ya me faltan las fuerzas, ya voy en decadencia.... si ya de viejo se va perdiendo condición, pero sí fui buen nadador. Pues ya va en decadencia, están débiles, todo por servir se acaba, no ya veo mis brazos y ya están delgados, le digo ya voy en decadencia. E04 hombre de 66 años de edad."

"Pues la vejez, es el desgaste físico que tiene uno en la vida, los problemas morales, económicos, y todo eso viene repercutiendo en el organismo, y que es lo que va perdiendo uno yo creo, el desgaste físico, la energía, se va gastando en esos problemas que tiene uno en la vida.....hay personas que tienen menos edad que yo de 60 años y ya se sienten, ya se sienten más cansados, ya se sienten más cansados. E05 hombre de 76 años. "

"Pues yo le digo a de esta edad ya tenemos muchos achaques doctora, por más verdad, no cree usted, pues muchas..... ya para esta edad yo digo pues a penas empiezo con mis achaques he sido sana sí. Horita todavía se vale uno por si mismo, ahí tiene uno la esperanza de sus hijos, pero quien sabe al rato doctora, no sabe uno, no sabe uno. E06 mujer con 64 años de vida."

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

"Pero yo tenía 60 años y no sentía que ya, yo no sentía que la vida me estaba avanzando, yo me sentía muy ágil de mi cuerpo, yo no pensaba llegar a esta edad, yo sentía que todo el tiempo iba a ser lo mismo que empezaba yo con mi juventud... E07 mujer de 80 años de edad."

"....La vejez tiene varias facetas, hay unas vejeces muy tristes como las que abandonan por haya, o que andan rodando, los que van y los dejan en un asilo y se olvidan de ellos, y hay otras que no, porque la familias lo ven, porque yo no me puedo quejar verdad. E08 hombre de 80 años de vida."

Tomando en cuenta lo anterior, se supondría que las creencias en vejez se verían vinculadas al aislamiento y deterioro funcional, situaciones que suelen ser consideradas como propias de la vejez, las cuales influyen en el uso de servicios de salud, ya que vislumbran éstos cambios como "achaques del envejecimiento".

Así mismo, se inferiría que las creencias en vejez se podrían asociar a la convivencia del envejecimiento de algún familiar cercano enfermo o discapacitado.

Cabe señalar, que los testimonio antes señalados coincidieron con reportes realizados tanto en Norte América, América Latina y México al señalar que en diferentes culturas la vejez se reconoció como el final de la vida, normalmente asociada con disminución de la funcionalidad física y mental, castigo de Dios, autopercepción de carga para los familiares, abandono y proximidad a la muerte. En casi ninguna sociedad la vejez se manejó como una de las partes de la vida más deseada (103 - 106).

Por lo que respecta a las creencias reportadas en población mexicana, Ronzón H. Z en 1993 reportó que 31 ancianos de la comunidad de Tlalcoluan Veracruz, manifestaron que el sentirse anciano depende de

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

la autovaloración de cada persona, la cual se desprende de dos características: el deterioro físico y la edad, situaciones que coincidieron con lo reportado por los informantes del presente estudio (107).

La vejez se caracteriza por una acumulación de trastornos crónicos y pérdida de autonomía funcional. No obstante y debido tanto a la heterogeneidad de este colectivo, desde hace un tiempo se hablaba no solo de una tercera edad, sino de una "cuarta edad" para referirse a los mayores de 80 años, a los que se caracteriza como "ancianos frágiles" por su vulnerabilidad (108).

Cabe resaltar, que los estudios cualitativos sobre las creencias de la vejez, fueron desarrollados por disciplinas como: la antropología, sociología y psicogerontología, las cuales aportan datos de importancia, sin embargo, lo antes comentado también debe llamar la atención en Enfermería, ya que las creencias en vejez estuvieron encaminadas al sinónimo de enfermedad haciendo referencia a "achaques" de la vejez". De ahí, la necesidad de planear e implantar programas de Gerontoprofilaxis, en los cuales la participación de ésta profesión, es de gran importancia, ya que se encargaría de proporcionar educación para la salud, a los adultos mayores y la sociedad.

Como se observó en los datos antes referidos se hace alusión a los preámbulos durante el proceso del envejecimiento.

8.2 PREÁMBULOS DEL ENVEJECIMIENTO



Una de las categorías que emergió de las creencias en vejez, fue la de preámbulos del envejecimiento, la cual los informantes definieron como: **“signos y síntomas premonitorios que se presentan en los diferentes órganos y sistemas que se presentan como producto del Proceso Normal del Envejecimiento”**. Algunos de ellos comentaron que éste proceso iniciaba a partir de los 50 años.

Cabe resaltar, que las narraciones de los entrevistados hicieron referencia a un envejecimiento de **tipo cronológico**, es decir señalaron que éste era producto del tiempo transcurrido, el cual se asocio a las conductas saludables que haya desarrollado en etapas previas a la vejez.

Así mismo, los testimonios enfatizaron en el **envejecimiento Bio-fisiológico**, al referirse a las modificaciones que se presentan en diversos aparatos y sistemas, especialmente digestivo y músculo esquelético, situaciones que manifestaron les genera pérdida de capacidades físicas, una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y a los problemas crónicos de salud.

Sin embargo, llamó la atención que todos los adultos mayores que participaron en éste estudio fueron capaces de desenvolverse plenamente física, mental y socialmente.

El envejecimiento según los informantes se consideró como **deterioro orgánico y funcional**, atestiguándolo de la siguiente forma:

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La presente investigación se sustentó en los principios éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la cual señala en el Título segundo, capítulo I, los siguientes artículos:

- **Artículo 14, fracción V**, hace referencia al consentimiento informado del sujeto de estudio, una vez que se le ha dado una amplia explicación sobre los objetivos del estudio y la libertad para que éste decida su participación.
-
- **Artículo 16**, señala la protección de privacidad del individuo, motivo por el cual se sustituyó el nombre de las personas, por iniciales del nombre y número consecutivo.
-
- **Artículo 17, fracción II**, refiere los estudios con riesgo mínimo, para lo cual se mencionó al informante que éste estudio lo le ocasiona ningún daño ⁽⁹⁹⁾.

También consideró los Derechos Humanos y la Enfermería a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Secretaría Técnica del Consejo y Dirección de Capacitación, ya que éstos hacen referencia a:

- Derecho de autonomía, el cual menciona la capacidad moral y legal que tiene el paciente de tomar su propia decisión, la cual debe ser respetada por el investigador.
- Derecho a la información, éste señala que para poder tomar la decisión es necesario que la persona tenga la información

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida ⁽¹¹⁷⁾.

Sin embargo, Pardo en el 2003 señaló que las razones de las disparidades en SBD son complejas, en muchos casos, los principales factores son: económicos, el nivel educativo, el apoyo de la familia que tienen sobre todo la población antes mencionada, que las personas no tengan medios de transporte a las clínicas o la flexibilidad para faltar al trabajo para atender sus necesidades de salud o bien los programas de seguro dental son generalmente inadecuados, o no existen, otra barrera importante respecto a la búsqueda y obtención de tratamiento oral se refiere a la falta de conocimiento y conciencia del público sobre la importancia del cuidado buco – dental ⁽¹¹⁸⁾.

No obstante, fueron diferentes con lo reportado por Vargas quién en el 2000, realizó un diagnóstico de las necesidades en 100 individuos mayores de 60 años en e Municipio de los Reyes la Paz. De los datos obtenidos, observó que 49% de los adultos mayores reportaron tener buena salud y 41% mala. Con respecto al grupo etáreo encontró que 59% de los ancianos jóvenes (60 – 69 años) señalaron tener buena salud dental y 31% mala, mientras que en el grupo de ancianos longevos (mayores de 80 años), 56% manifestó tener mal estado de salud dental y sólo 34% bueno. Sin embargo, no encontró significancia estadística entre la edad mayor de 70 años y el mal estado dental ($P > 0.05$). Respecto al género detectó que 55% de los hombres manifestó tener buen estado dental y 35% malo, mientras que en las mujeres se exagera esta problemática ya que 44% declaró tener problemas odontológicos, no obstante dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ($P > 0.05$) ⁽¹¹⁹⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En relación, al uso de los servicios de salud, se encontró que los testimonios mostraron diferencia con lo reportado por Berenguer quién en el 2001, estudió a 301 ancianos en una comunidad de Santiago de Cuba, en el cual reportó que unas de las barreras para acceder a estos servicios fueron: el déficit de turnos, es decir el tiempo en que trabajan los servicios; seguido por la descompensación de enfermedades crónicas no transmisibles, que les impedían acudir al dentista; la demora en ser atendidos, la carencia de recursos y el trato inadecuado ⁽¹²⁰⁾.

Así mismo, Jiménez en el 2003 señaló que algunos otros estereotipos que explicaron la negligencia y abandono de muchas personas (ancianos o no) a visitar al dentista fueron: la aceptación popular de que la degeneración dental es inevitable e irreversible consecuencia de la vejez; los problemas buco-dentales son percibidos como menos importantes que otros, en edades avanzadas, se relegan al último lugar de prioridad, y casi siempre consultan al médico de familia; Existe la creencia de que las prótesis son el mejor sustituto de la dentición y algunas veces son los propios ancianos los que solicitan la extracción de las escasas piezas (aun sanas y valiosas) que les quedan ⁽¹²¹⁾.

Sin embargo, a nivel Nacional no existe información respecto a las creencias en salud buco - dental en el adulto mayor, ya que la investigación odontológica generalmente se ha enfocado al estudio de los aspectos biológicos y patológicos, mientras que los aspectos subjetivos han recibido poca atención.

Lo antes referido es de llamar la atención tanto para los profesionales de salud como para los servicios de salud, ya que la cavidad buco - dental no es una isla, este envejece al igual que el

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

resto del organismo y adquiere una serie de características que la hacen diferente a la de una persona joven.

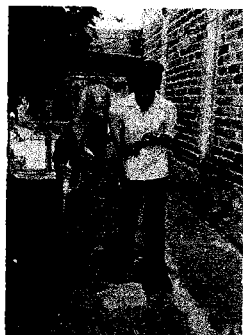
De ahí, la importancia de implementar programas de salud buco – dental, ya que la pérdida de los dientes naturales reduce sustancialmente la calidad de vida y genera cambios en la imagen y el funcionamiento. También es el reflejo de la actitud del paciente y el dentista, de la viabilidad y accesibilidad al cuidado dental y de la prevalencia de estándares de cuidado ⁽¹²²⁾.

Cabe resaltar, que el integrar al profesional de enfermería en el campo odontogeriátrico le permite realizar acciones educativas a favor a la salud buco – dental de los ancianos como son: técnicas de cepillado, uso del hilo dental, adaptación de utensilios para la higiene oral en personas discapacitadas, etc.

Sin embargo, no se trata de que este gremio invada y ejecute acciones de otra disciplina, más bien se pretende de trabajar interdisciplinariamente, con la finalidad de mejorar los servicios de atención primaria y que éstos repercutan favorablemente en la calidad de vida de los adultos mayores.

Además de llamar la atención los preámbulos del envejecimiento que vislumbraron los informantes, fue que otra de las categorías que se observó respecto a las creencias en vejez fue la de sentimiento de soledad en esta etapa de la vida.

8.3 SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN LA VEJEZ



Respecto a la soledad y la vejez se refiere que alguien puede tener la creencia de estar solo aunque viva rodeado de sus seres queridos o estar momentáneamente sin un otro inmediato, y no sentir soledad, lo cual habla de una relación intensa y profunda, que no tiene vinculación directa con la cantidad de personas con la que se está en contacto, sino con la calidad de las relaciones que se establecen ⁽¹²³⁾.

Sin embargo, los informantes definieron la creencia de sentimiento de soledad como: **“La sensación de ausencia de la familia durante la vejez”**.

En el análisis de esta categoría se observó que cuatro de los adultos mayores entrevistados (tres mujeres y un hombre), manifestaron que independientemente de que tuvieran familia consideraron que iban a quedar solos al final de su vida, esto es de preocupar, ya que la soledad repercute en el estado emocional de esta población.

No obstante, dos de los hombres no creyeron estar solos, ya que continúan ejerciendo el rol de jefe de familia, lo cual podría suponer que mientras los adultos mayores tengan algún nivel de proveedores la soledad se mantiene abolida.

Por otro lado, se tiene que uno de los hombres se quedó huérfano desde edades tempranas, y no convivió con su familia de parentesco, además de que su hogar lo formó hasta llegar la vejez, por lo que se podría inferir que se aprende a vivir en soledad.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Los tipos de soledad que creyeron los informantes fueron:

- ❖ **Soledad subjetiva:** la cual hizo referencia a la falta de compañía, permanente o temporal, es decir, englobaría a las personas que están solas.
- ❖ **Soledad objetiva:** ésta no siempre implicó una vivencia desagradable, sino que podría ser una experiencia buscada y enriquecedora.

Lo anterior se demostró en los siguientes extractos de las entrevistas:

“Le digo, hay Dios, después yo creo que se van a deshacer de mí y es que luego, porque yo veo y digo, siempre no te creas, piensas igual, no aunque éste así, yo digo, trato de hacer las cosas mas o menos, aunque ya mis hijos, ya están grandes.....Y que también les digo a mis hijos que me arrumben como un traste viejo que me dejen, que me dejen, les digo eso si cuando ya me ponga de impertinente me dan una cachetada y me echan al carro de la basura, le digo porque yo he visto a muchas señoras que son muy impertinentes o señores... E01 Mujer de 68 años de edad.”

“Ya si usted quiere la soledad y ya va uno achacándose, pero le digo que yo no me acomplejo, le digo me vengo al centro a comprar mis cositas..... Hora ya ve que hay viejecitos que ya llega uno a uno edad ya que los hijos ya no, ya no lo ven a uno, pues ya lo dejan no cree usted, ya lo dejan ahí desabandonado..... E06 mujer con 64 años de vida.”

“Se queda uno solo ahí, si hay quién te acompañe, pues te acompañe, si no, pues uno se siente solo ahí, si hay vecinos que te den el buen día, y si no te quedas ahí como los olotes. E07 mujer de 80 años de edad”

“Hay ando ya nada más me quedo con esta muchacha, es mamá soltera, que es la que esta conmigo, así que me ve en este caserón como duende solito verdad. E08 hombre de 80 años de vida”

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Tomando en cuenta lo anterior, se podría inferir que la soledad se asocia a la calidad de convivencia interfamiliar, sin importar el número de hijos que se tengan, así mismo se supondría que el rol que desempeña el adulto mayor y el sexo influyen en la creencia de soledad.

Las narraciones antes mencionadas se fundamentan con los reportes de investigación que se han realizado desde diversas disciplinas como: la gerontología, psicogerontología y geriatría.

Al respecto se encontró similitud con lo que reportó el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), en colaboración con el CIS y con la Universidad de Granada, quienes en 1998 realizaron dos estudios complementarios que abordaban la problemática de la soledad en 2500 adultos mayores, de los resultados obtenidos encontraron según el grupo etáreo que 27% de las personas de 65 a 69 años decía sentirse solas, y 36% entre las mayores de 80 años. Por otro lado, reportaron que el género y el estado civil influyen tanto en la soledad subjetiva como objetiva. Respecto a las causas de la soledad, manifestaron que destacaron el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables ⁽¹²⁴⁾.

Así mismo, coincidieron con lo reportado por López D. J. quien en el 2001, realizó un estudio cualitativo en España, en el cual encontró que el vivir en solitario no equivalía a sentir la soledad subjetiva, pero podía inducir a muchas personas a sufrirla. Entre las razones más propensas para la aparición del dicho sentimiento sobresalieron los problemas personales de adaptación a la viudez, sobre todo en la pérdida del amparo y de la intimidad que proporcionaba la relación conyugal. En la mayoría de los casos persistió un recuerdo obsesivo de la pareja, acompañado de una

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

enorme desilusión por la vida que asumen estas personas. La situación familiar adversa que llegaron a padecer otros adultos mayores, fue aquellos que no tuvieron hijos o que aun teniéndolos éstos vivían lejos de sus padres, lo cual influía en el estado anímico y la crisis emocional.

El sentimiento de soledad, en una proporción elevada de los casos se asoció a problemas de salud de tipo psíquico, entre los cuales se encontró la depresión. En cuanto a los momentos más propensos para padecer la soledad subjetiva, señalaron que en el transcurso de la noche y la madrugada es cuando más consideraban estar solos, lo cual favorecía las alteraciones del sueño ⁽¹²⁵⁾.

Otro de los estudios con los que los testimonios presentaron similitud fue con una Investigación cualitativa que se realizó en Granda, España con 295 adultos mayores de 65 años no institucionalizados, que se hizo con la finalidad de identificar como conceptualizan los adultos mayores el termino de soledad. En este sentido encontraron que un 48.8% lo explicó como un sentimiento de vacío y tristeza (aunque no se especifica el motivo), como un sentimiento evidentemente subjetivo, 42.3% afirmó que la soledad es el haber perdido a las personas queridas, es decir, una pérdida mas o menos objetiva de los contactos sociales o familiares relevantes; 28.5% lo precisó como el no tener a nadie a quien acudir, lo que hizo referencia a la falta de contactos sociales o familiares; 26.8% a no tener familia o tenerla lejos; 17.3% a no sentirse útil para nadie. No obstante, los autores señalaron que tal vez la única categoría pura existencial fue la que figuro con un 6,4% bajo el enunciado de "Sentir que se ha acabado el tiempo para hacer proyectos", la cual denotó esa percepción de la finitud del tiempo traducida en soledad existencial ⁽¹²⁶⁾.

No obstante, fueron diferentes con el estudio cuali – cuantitativo y comparativo de Monchietti, quien entrevistó a miembros de una comunidad gitana, conformada por quince personas menores de 59 años y quince adultos mayores de ambos sexos de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con el propósito de identificar la representación social de la vejez, en el cual observó que las personas de edad no temen ser abandonadas por la familia. En todas las entrevistas realizadas encontró que el adultos mayores compartía la vida cotidiana con los familiares cercanos, sus hijos, nueras, nietos, colaborando activamente en los quehaceres del diario vivir. Sin embargo, los casos en que la vejez se entrelazaba con enfermedad mental el adultos mayor perdía su independencia y poder, esta situación se argumento como: "mientras se mueva y razone se le escucha y tiene importancia, pero cuando sus funciones mentales disminuyen, ya no tiene opiniones sobre la familia, se mantiene y cuida pero pierde consideración social" (127).

Como se puede observar, el sentimiento de soledad en la vejez es poco abordada a nivel de investigación, las que se reportan fueron enfocadas en el paradigma cuantitativo y los datos que arrojan las de tipo cualitativo no se pueden extrapolar a la población mexicana, ya que se han desarrollando en países con características diferentes, por lo que una de las líneas de investigación que quedaría abierta es: Cual es el significado de soledad en los adultos mayores.

Tomando en cuenta lo anterior, se podría señalar que la soledad es un problema fundamental en relación con el envejecimiento, ya que la discapacidad, la pérdida del cónyuge o seres queridos, a veces podría romper uno de los vínculos afectivos más fuertes. Sin embargo, en México, ha sido un tópico poco abordado, ya que la

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

mayoría de los estudios se han enfocado a estudiar el maltrato o abandono en esta población, temáticas que difieren de la soledad.

Entre los factores que impedirían la comunicación familiar y generar malestar serían; las actitudes cerradas, posiciones personales rígidas y dogmáticas, etc. Por lo que, la creencia de sentimiento de soledad se debe diagnosticar oportunamente en la Valoración del adulto mayor, ya que éste tiene relación con la calidad de las relaciones interpersonales que alguien establece, sin embargo, no tiene parámetros objetivos para ser medido, por lo que se debe de abordar desde el enfoque cualitativo.

Así mismo, se ha observado en la práctica diaria que quien la padece, siente que nadie lo ama o aprecia de modo suficiente y que no es importante para ninguna otra persona.

De ahí, la importancia del papel del profesional de enfermería en la valoración y atención de la población anciana sobre todo en el aspecto socio – familiar, ya que la familia es el pilar fundamental en el cuidado de todo ser humano. Por lo tanto, se hace necesario formar redes de apoyo social o grupos de autoayuda, los que permitirán mantener al anciano activo en la comunidad y elevar su autoestima, así como proponer programas de participación intergeneracional en donde se fomenten los valores y el respeto por la vejez.

Cabe señalar que el sentimiento de soledad en la vejez se relacionó con la evocación de muerte.

8.4 EVOCACIÓN DE MUERTE



Durante la etapa de la vejez, se refiere que la idea de la muerte se hace cada vez más patente ya que conciente o inconcientemente este proceso está más cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato. La concepción de la vida y de la muerte adquiere en este momento un nuevo sentido, ya que casi la mayor parte del tiempo está destinada a la solución de asuntos sobre la muerte y están significativamente menos ansiosos que los adultos jóvenes. Ya que se encuentran en este proceso del envejecimiento con otra cara de la muerte, ya no son solamente los otros los que mueren, es la muerte propia la que comienza a preocuparlos y se presenta de la mano de la idea de tiempo ⁽¹²⁸⁾.

Sin embargo, en una sociedad moderna como la que se vive actualmente, el hablar de la muerte aún es tema de polémica y tabú, ya que esta implica dolor, sufrimiento, angustia y miedo entre otras sensaciones, también porque dicha sociedad es negadora de la muerte y se procura evitar sobre todas las cosas reflexionar acerca de la propia muerte; esto representa un gran peso emocional porque se esta consciente de que su ocurrencia está totalmente garantizada, de manera paradójica, natural, universal, cotidiana, indeterminable, única, individual y radical. Nadie más la puede vivir por nosotros ⁽¹²⁹⁾.

Cabe resaltar, que los informantes del presente estudio definieron ésta categoría como: **“La acción que realizan ante algún problema de salud o familiar, pidiéndole a Dios que les conceda la muerte”.**

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En el análisis se observó, que las creencias estuvieron encaminadas a identificar la muerte como un proceso que culmina no solo con la vida del ser humano, sino también con los múltiples problemas familiares, por ejemplo uno de ellos manifestó este proceso como el fin de las mortificaciones que puede generar la vejez en la familia y la familia misma en la vejez, por otro lado también se hizo patente la percepción de la muerte de otras personas, no de la muerte misma tal es el caso de uno de los entrevistado, quién se refirió a la jubilación como un echo que culmina con la vida del ser humano, ¿podría llamarse esto como una muerte social?, y que por eso el entrevistado continuó desarrollando actividades laborales no remuneradas dentro de su hogar, para así evadir dicha muerte.

Así mismo, se encontró que la creencia de vejez y de muerte fue diferente en cada persona según su personalidad, los acontecimientos vitales, las experiencias significativas, la manera como han afrontado estas experiencias, las condiciones sociales y el entorno o el nivel de salud física que haya alcanzado

Por otro lado, se encontró que las narraciones de los entrevistados hicieron alusión a dos etapas del proceso de la muerte como fueron:

- ❖ **Autocompasión:** es decir cuando los adultos mayores sabían que no había más remedio que asumir la vejez como parte final de la vida, en este caso las personas se compadecen de su suerte, y lo asociaron con creencias religiosas y espirituales.
- ❖ **Aceptación:** los adultos mayores consideraron que la muerte se debe aceptar en el momento que ellos pierden la última batalla, o tienen problemas familiares, por lo que evocan a su Creador para que se acerque el final. Así mismo, señalaron que

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

se debe estar en paz consigo mismo y con todo lo que lo rodea, por lo que existe una fuerte e imperiosa necesidad de acercarse a Dios y de reparar los posibles errores cometidos en el pasado o presente. Otros manifestaron que se deben arreglar todos los asuntos pendientes.

Lo anterior se ejemplificó con las siguientes narraciones:

“La casa dije ni donde estoy la considero mía, no la considero mía, yo les he dicho a mis hijos no mi casa esta en el panteón y solo Dios sabe, a los siete años si no me dejan ahí ustedes, pues me van a sacar a donde voy a vivir..... Y yo le digo pues sí ya cuando este en el cajón ya se acabo tu obligación. Y eso le pareció un poquito mal.... Yo me encomiendo a dios, me levanto y digo Dios mío cuidame. E01 Mujer de 68 años de edad.”

“porque inclusive mi esposo dice hay yo mejor ya me quisiera morir ya que Dios se acordara de nosotros..... pues..... ya le damos gracias a Dios que pues Dios ya nos dio, por decir yo a llegar a mis 63 años... eso a mí me llena de alegría me entiendes, yo me siento muy bien.....si le ayuda a uno bastate no, pero más a lo que le ayuda a uno es en lo espiritual, espiritualmente, por que yo digo yo me siento ahora sí más cerca de dios, entonces yo digo estando bien con dios pues se siente uno bien también, para mí es la base principal nuestra fe, nuestro acercamiento a Dios E02 mujer de 63 años de edad.”

“Un anciano porque así tiene que acabar uno y sí se cuida uno pues, llega la muerte y se muere uno (ríe), pero sí muchos, así como decirte que este uno batallando, pues ya dura uno anciano, y cuando ya va a morir pues se muere rápido.....yo me encomiendo a la religión, y yo me pongo a rezar mi rosario y a pedir por los enfermos yo digo hago las cosas encomendada a Dios, encomendada a Dios, y me han servido, y bueno te aseguro que esa curación vendrá desde año. E03 mujer de 79 años de vida.”

“yo me siento con una satisfacción muy grande que Dios me ha dado, es lo primero que le doy gracias a Dios por haberme indicado el camino, o guiado por este camino, usted sabe que la muerte no respeta ni grado ni tamaño verdad, por todos lados puede. E04 hombre de 66 años de edad.”

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

"Muchos compañeros del trabajo no Toño no te jubiles, mira que este, te vas a morir, mira que los que se jubilan se mueren, bueno se mueren, porque pues no hacen nada... invocando a su nombre, invocando su nombre, encomendándose a él, todo lo que emprende uno en esta vida, hay que encomendarse a él, primeramente a él. E05 hombre de 76 años.."

"El día que llegue que se acuerde de mí, ni modo hay que no dar mortificaciones.... pero quien sabe que tanto Dios nos va a dar licencia no cree usted de vivir para soportar quien sabe que tantos achaques es lo que uno piensa que llegue uno a una a edad si usted quiere sabrá Dios verdad si tenga uno más años o se muera uno más joven no, no sabemos doctora. E07 mujer de 80 años de edad."

Tomando en cuenta lo anterior, se podría inferir que la evocación de muerte se asocia a la soledad, las alteraciones familiares y la misma vejez.

La categoría referida, se fundamentó con lo reportado por la Dra. Kubler Ross, quién en 1974, identificó diversas etapas por las que cursan el moribundo y la familia, las cuales no siempre se manifiestan en el orden que ella señala, pueden pasar de la primera a la última o bien sobre ponerse una en otra ^(130 - 132).

Así mismo, se observó que las narraciones emitidas por los informantes, fueron similares a lo que se reportó en la literatura, la cual refirió que la cercanía de la muerte para algunos adultos mayores generó sentimientos de tranquilidad y de sensación del deber cumplido. A otros en cambio, les generó miedos relacionados con su estilo de vida, con sus valores, con la muerte de personas allegadas, con sus problemas económicos, sociales, culturales y de salud, tales como el advenimiento de enfermedades que les impidan valerse por sí mismos ⁽¹³³⁾.

Por otro lado, se reportó que las creencias de muerte en esta etapa de la vida incluyeron el fin al dolor, trasladarse a una nueva

existencia para trascender, regresar al lugar original, y realizar una escala en el mundo del grupo de los hombres ⁽¹³⁴⁾.

Sin embargo, Bab en 1998, señaló que la muerte genera ansiedad en la población de ancianos, situación que no se observó en las narraciones de los informantes del presente estudio ⁽¹³⁵⁾.

En otro estudio que se realizó con 300 hombres y mujeres en cinco etapas de desarrollo diferentes, cuyo objetivo fue investigar los cambios que se producen en los conceptos de sentido y propósito de vida a lo largo de la misma en función de la edad y el sexo, se reportó que la falta de sentido y propósito de vida y la aceptación de la muerte estuvieron asociadas a la percepción de un malestar físico y mental, y que la mayor aceptación de la muerte por parte de los individuos de más edad puede ser un indicador de la conciliación entre su pasado y sus expectativas, así como de su preparación para enfrentar la muerte, lo cual fue similar a lo reportado por los informantes del presente estudio ⁽¹³⁶⁾.

No obstante se señaló que las creencias y la actitud ante la muerte, se modifican de acuerdo al ciclo vital humano. Respecto a la actitud frente a la muerte en los niños se reportó que ésta se asoció a la pérdida de su objeto amoroso más preciado (su madre) y creyeron en que el morir es dejarse morir sin perder la vida, mientras que el adolescente creen en la muerte como un hecho romántico, entregando su vida por la lucha por ideales, durante esta fase de la vida es más importante la calidad de la vida que la cantidad, ya que se piensa que son inmortales, lo cual se refleja en su forma de manejar imprudentemente, tomar decisiones descabelladas, experimentar potentes drogas y formas de placer, factores que acercan a los jóvenes al suicidio. Comparado con las creencias en adultos jóvenes quienes consideraron que la muerte

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

es algo lejano, asumido como algo inevitable, con una certeza inconsciente de que a uno jamás le va a pasar, algo similar a los dogmas que consideran los jóvenes. Para los adultos en edad intermedia se toma la conciencia de que en realidad existe la muerte, ya que durante esta etapa se han enfrentado a la defunción de los padres, amigos, hijos, etc. y este hecho constituye el motivo por el cual realizan cambios en su vida ⁽¹²⁸⁾.

Por otro lado, en un estudio cualitativo que se realizó en 60 estudiantes de ambos sexos en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, se señaló que en la definición de muerte mencionaron sentimientos de tristeza, soledad, lágrimas y dolor, además de referirse a ella como descanso y un estado estático ⁽¹³⁷⁾.

Tomando en cuenta lo anterior, Isla señaló en el 2000, que la tarea del adulto mayor se debe dirigir a reorganizar sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte, ya que los problemas físicos impiden que ellos vean las cosas de un modo alentador y placentero, al contrario, esto se suma a la lista de estímulos que lo abandonan a este proceso ⁽¹³⁸⁾.

Por tal motivo, es necesario considerar que el mundo frente al cual se enfrenta el adulto mayor es un mundo distinto, irreconocible, perturbador. Antes su mundo estaba poblado por determinadas personas que fueron muy significativas en su vida. Con el correr de los años todo eso ha desaparecido, de ahí que los problemas cotidianos de hoy les resulte algo abrumador e inexplicable. Ante esta situación uno puede entender el por qué los ancianos están cansados de la vida, y por qué es tan natural que muchas veces los inunde la tristeza.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Tomando en cuenta lo anterior, en enfermería es necesario prestar la atención debida a la Tanatología, ya que la muerte es un fenómeno que se hace presente en todas las etapas de la vida humana (sana o enferma).

Además, las enfermeras ante la agonía y la muerte deben establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeras. Durante el actuar como profesionales es vital conocer las creencias que ésta población refiera de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente.

Así mismo, debe ser un llamado de atención hacia los profesionistas de la salud, ya que son parte del proceso vida-muerte y por tanto se debe rescatar y retomar el aspecto ritual, el apoyo espiritual y sentir del adulto mayor en cuanto a la muerte.

Por tal motivo, es indispensable generar cursos de Tanatología en el primer nivel de atención a la salud, para comprender las creencias sobre la muerte en especial en la población de adultos mayores, ya que éstos además de tener la posibilidad de ir aprendiendo nuevas estrategias para adaptarse al medio socio-cultural que les toca vivir, transmitirán a las nuevas generaciones sus experiencias de vida y el nuevo modelo de envejecer.

9. CREENCIAS EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR

En 1986, la Carta de Ottawa conceptualizó la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, de tal forma que se constituyó en el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y se consideró una de las dimensiones fundamentales del ser humano.

No obstante, hasta hace poco el cuidado de la salud de las personas adultas mayores estaba relacionado con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y el mantenimiento de su salud física, apreciación que veía a la persona adulta mayor como sinónimo de enfermedad y discapacidad.

Bajo la visión anterior, se contemplaba la salud y el cuidado como una virtud y propiedad de la juventud, de productividad, de belleza, de automatización y de vitalidad. En consecuencia, las personas adultas mayores eran vistas como improductivas, incapaces, propensas a perder facultades fisiológicas, físicas, sociales, psicológicas e intelectuales ⁽¹³⁹⁾.

Tomando en cuenta lo anterior, la **Organización Mundial de la salud** en 1984 señaló que la salud en el adulto mayor debía ser entendida como: "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad" la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria ⁽¹⁴⁰⁾.

Cabe resaltar, que las definiciones antes mencionadas respecto a la salud en la población mayor de 60 años, han sido propuestas sin considerar la voz de éste colectivo. De ahí, la importancia de comprender las creencias en salud, ya que los adultos mayores deben jugar un papel más activo en su cuidado entendiéndose éste como integral, es decir, debe verse como un ser holístico en sus

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual.

En este sentido, la salud según los testimonios de los informantes se concibió como: **“La ausencia de enfermedad, lo que le permite realizar sus actividades cotidianas, la cual se ve influenciada por las redes de apoyo familiar, la autopercepción y el aprendizaje de la salud”**.

Respecto a las creencias en salud de los informantes del presente estudios se encontró que éstas enfatizaron en cuatro dimensiones:

- a) **La bio-fisiológica:** se observó como el deterioro o disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, lo cual explícitamente lo especificaron al referirse a “no percibir molestias, estar bien de su vista, el no tener azúcar en la sangre, el no haber tenido ninguna enfermedad, que no necesitara de la visita al médico, ni de hospitalización”
- b) **La psicológica:** en ésta se hizo referencia a la autoestima y la motivación. Al respecto las personas participantes manifestaron que la salud era “sentirse a gusto, alegre, contento, con ganas de vivir”, lo cual puede suponer que mientras que exista un estímulo en esta etapa de la vida, la salud en esta población continuará prevaleciendo.
- c) **La familiar:** los testimonios de los adultos mayores estuvieron referidos de la siguiente manera: salud era “vivir feliz con la familia, tener quien lo mimara, quien le acompañara, y con apoyo”, esto probablemente se deba a que anteriormente la vida del ser humano, especialmente la de la mujer giraba en torno a la familia, situación que actualmente ha cambiado.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

- d) **La función física:** al respecto los informantes vislumbraron que la salud era "estar físicamente bien, con dinamismo y sin problemas para caminar". Cabe resaltar, que solo las mujeres fueron las que hicieron referencia a esta dimensión, situación que puede deberse a que mientras ellas continúen desarrollando sus actividades cotidianas como caminar, vestirse, trasladarse, preparar los alimentos, etc., consideraran que tienen salud.

Lo anterior se manifestó en los siguientes extractos de las entrevistas:

"Bueno físicamente estar bien, que no sientas molestias, que te sientas a gusto (aumenta el tono de voz..... Pues ya sano, sano, te voy a decir que a lo mejor ya no, porque ya ves que un achaquito, otro achaquito, otro achaquito, pero, Pero yo digo, pero dentro de todo lo que cabe que sea, pues que sea amable, que tenga, que tenga ganas de vivir, (admiradamente) creo que eso es lo mejor tener ganas de vivir..... El estar contenta es ver a mis hijos que están bien, que, atenderlos el día que están conmigo..... así me siento bien, viéndolos a ustedes, aunque esté sirviéndoles un plato de sopa yo me siento bien, para mi si van a venir los que no están en México hay que alegría les ando haciendo lo que a ellos les gusta para que el día que lleguen coman, y ya eso sí, yo digo pero también tu salud debes de cuidarla. E01 Mujer de 68 años de edad."

"Pues te digo, muy dinámica, muy alegre, muy contento. Hay oye es lo mejor de la vida, que se sienta uno mejor, te sientes alegre, te sientes contenta. E02 mujer de 63 años de edad."

"A un anciano sano, lo primero que ande uno, en seguida que no se le oiga enfermedad del pecho, que no, no tenga flemas y que este cada rato, raspando así el cuello, que este uno a saz y saz. Sana, pues para mi es, es estar sana, pues es lo principal de uno, que no tuviera uno que sentir algo así por ejemplo, yo me siento que estoy atrasada por las diarreas que ya me han, me dan muy frecuentes. E03 mujer de 79 años de vida."

"Que este bien de su vista sobre todo, y pues que no tenga tampoco el azúcar, pero es difícil fijese una persona de

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

tercera edad, y sí los hay muchas veces he, que este fuera del alcance del azúcar, pero una persona sana es que este buena de su vista. E04 hombre de 66 años de edad."

"Pues el no tener ninguna enfermedad, no estar a cada rato con el médico ni en el hospital he. Pues hay muchas personas que sufren demasiado, que tienen artritis, que son diabéticos, que tienen este problemas del corazón, baja la presión, alta la presión, y bueno todos los achaques que tiene uno ya de cierta edad, pero pues no todos sufrimos las mismas consecuencias, porque pues no todos sufrimos los organismos son iguales. Esos que tienen artritis, tienen diabetes, sufren del corazón, tienen baja la presión y todas esas cosas. E05 hombre de 76 años."

"Pues ya ninguno doctora, horita en estos tiempos ya ningún anciano esta sano. Y por eso le digo si usted quiere esta uno medio sano, porque ya ve la gente de hoy ya no resiste nada, por la misma alimentación, que no, y antes no, porque le digo me acuerdo que mis padres tenían mire sus vaquitas y usted se tomaba una leche buena y queso también, y carne fresca. E06 mujer con 64 años de vida."

"Yo siento que una persona de tercera edad sana, es que, para empezar que no tenga problemas, esa es una de las cosas, otra es que viva feliz con su familia, que la traten bien, que tenga, no, no en abundancia pero tampoco que no le falte y que tenga quien la mime, quien la acompañe. E07 mujer de 80 años de edad."

"Yo me imagino que una persona debe ser ordenada, y en su tiempo, en su juventud, fue ordenada no se este, no se destrampo como se dice, si no que siempre fue calmada y muy conservadora, y esas cosas, y aparte de que a lo mejor su familia le daba el apoyo y todo esto, y lo supo aprovechar, entonces hay se fue conservando el señor. E08 hombre de 80 años de vida."

Tomando en cuenta lo antes referido, se podría suponer que la salud del adulto mayor, se relaciona con la capacidad de autonomía física, mental, funcionamiento orgánico, así como con la funcionalidad familiar, el género y la autopercepción de de salud.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Cabe resaltar, que los testimonios antes presentados fueron similares a lo reportado por Piñón P M, quién en 1999 realizó en un estudio cualitativo en 32 historias de vida con personas jubiladas de la ciudad de Castellón, situada en la Comarca de la Plana, al norte de la Comunidad Valenciana, en el que encontró que la salud era sinónimo de alegría, también se creía que la salud provenía de Dios, que podría ser hereditaria, que el trabajo influía mucho, que la salud se conservaba manteniendo una conducta adecuada en cuanto a cuidar el cuerpo, era llevar a cabo hábitos y estilos de vida favorables, además de trabajar sin grandes esfuerzos y mantener la mente ocupada. ⁽¹⁴¹⁾.

Así mismo, los testimonios de los informantes coincidieron con lo reportado por Bryant LI, Corbett K , Kutner J . (2001), quiénes realizaron un estudio de tipo cualitativo, con 22 adultos mayores ambulatorios utilizando como método la teoría fundamentada en el que encontraron que la salud significaba hacer cosas significativas como movilizarse, tener función física, algunas actividades sociales como: leer, viajar, hacer trabajo de casa, pescar y nadar ⁽¹⁴²⁾.

También se encontraron similitudes con lo que reportó Gómez, Medina y Quenza, quiénes realizaron una investigación con 20 adultos mayores residentes en la zona de Arauca, Colombia, cuyo objetivo fue describir las prácticas de salud que tenía esa población, encontraron que según los testimonios de los informantes la salud era entendida como: "estar alentado, estar bien, no estar enfermos, luchar por la sanidad, que dependía del modo de vivir, era encontrarse con fuerzas, controlar una enfermedad y usar hierbas. Respecto a las creencias en salud señalaron que era creer principalmente en Dios, procurar el bien de uno y los demás, que los vean los médicos, no tener

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

enfermedades, que se deben conservar, seguir adelante con el trabajo, tomar medicamentos y que la salud es primordial ⁽¹⁴³⁾.

Así mismo, los resultados de las creencias en salud fueron parecidos con el reporte de Isla P. P. (2004), quién realizó un estudio comparativo en Madrid, España en diferentes grupos etáreos, en el cual encontró que para los adultos mayores la salud era "no estar enfermo", "valerse por sí mismo", "tener dinero", "comer de todo", "tener aficiones", "no tomar medicación", "trabajar", "tener amigos / familia", "estar en casa" y "pasear". No obstante estos hallazgos difirieron con respecto a la ingesta de medicamentos ya que era uno de los cuidados profesionales que realizaron los informantes del presente estudio para mantener la salud ⁽¹⁴⁴⁾.

En otro estudio descriptivo realizado en el área de salud del Policlínico Docente "Dr. Mario Escalona Reguera", en Alamar, Ciudad de La Habana Cuba, con 46 mujeres adolescentes y 16 mayores de 55 años, cuyo propósito fue evaluar el comportamiento de algunas variables relacionadas con la salud entre ambos grupos. Se encontró que 72 % de las mujeres tenían un concepto limitado de la salud, y la conceptualizaron simplemente por la ausencia de enfermedad (física o mental), mientras que solo 11% de las mujeres integraron los elementos biológicos, psicológicos y sociales en su concepto. A partir de esta definición, observaron que la mayoría se evaluó como mujeres sanas o relativamente sanas, sin gran diferencia entre los 2 grupos (42.7 % y 45.1 % respectivamente), Datos que coincidieron con lo manifestado en el presente estudio ⁽¹⁴⁵⁾.

Por otra parte, el Dr. Graham Mulley citado por López (1997), señaló que hay una percepción ambigua sobre la salud de los

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

ancianos, aparentemente es buena, sobre todo porque comúnmente no se asumía una enfermedad como tal hasta que impedía la actividad, pero al mismo tiempo se consideraba que la salud era regular, vulnerable o mala porque se relacionaba con la fuerza, en este sentido desde un punto de vista psicosocial, no se consideró como la ausencia de síntomas o como un estado de bienestar integral, sino como un proceso donde la salud y la enfermedad son variaciones de un fenómeno único, en donde se pone en juego las capacidades biológicas y sociales de los individuos, con las del medio ambiente para encontrar un equilibrio dinámico ⁽¹⁴⁶⁾.

Como se puede observar existen diferentes estudios que reportan el significado de la salud, las cuales parten de un paradigma tanto cuantitativo como cualitativo, No obstante, estos últimos fueron realizados bajo el enfoque sociológico, antropológico y de enfermería en países desarrollados.

Sin embargo dichos estudios sólo hicieron referencia al significado de la salud, sin considerar si las creencias influían en el uso de los servicios de salud, lo cual es fundamental en la valoración integral, ya que el aspecto subjetivo de la salud es una de las primeras aproximaciones para comprender al otro.

Tomando en cuenta lo referido por los informantes del presente estudio, **la salud se consideraría como un recurso para la vida, pero no el objetivo de la misma, podría ser la capacidad de desarrollar potencialidades personales y responder en forma positiva a los retos del entorno sociocultural y ambiental.**

De ahí, la importancia de la participación de enfermería, quién deberá guiar sus acciones para fortalecer las capacidades funcionales tanto físicas como mentales, además de capacitar a la familia para el cuidado del adulto mayor, con el fin de integrarlo en

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

su ámbito socio-familiar con la máxima independencia posible, ya que ésta población será la fuente principal en la transmisión de la salud a otras etapas de la vida.

Una de las categorías que se relacionó con las creencias en salud en los adultos mayores fue la autopercepción que manifestaron los informantes respecto a su estado de salud.

9.1 AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Respecto a la autopercepción del estado de salud en los adultos mayores, se señaló que ésta se ha considerado como un indicador en la satisfacción vital de los adultos mayores, ya que los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas ^(147, 148).

Tomando en cuenta lo anterior se consideró que la valoración subjetiva del estado de salud es el primer paso en el acercamiento al conocimiento de la condición de salud en los adultos mayores y que su importancia es definitiva, la cual debe ser abordada bajo un paradigma cualitativo, ya que este permite identificar la percepción considerando el aspecto sociocultural, ya que en los numerosos estudios de opinión sobre este tema, la salud representa siempre la principal preocupación de las personas de más de 60 años.

Sin embargo, desde el enfoque cuantitativo solo se enfatiza en ítems con escala de Linkert con respuestas como: "bueno, muy bueno, malo o muy malo", pero queda la interrogante de a que se refiere esta población con éstos términos.

Cabe señalar, que una de las categorías de las creencias en salud fue la autopercepción que ellos tenían de su estado de salud, la cual definieron como: **"La imagen cognitiva, respecto a su bienestar físico"**.

En el análisis de los datos se observó que la autopercepción del estado de salud mala, dos de las mujeres menores de 70 años, la asociaron a problemas de enfermedad. En comparación con los que autopercepcionaron su salud como buena, una de las mujeres la relacionó con la trayectoria de los estilos de vida que han

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

desarrollado, mientras que los hombres se refirió a la ausencia de enfermedad, problemas familiares y tipo de actividad laboral.

La autopercepción de la salud giró en torno al estado de salud de la función orgánica, conductas saludables previas y ámbito familiar.

Una de las situaciones que llamó la atención es que la persona que vislumbró su estado de salud muy mal, tenía un nivel escolar de secundaria, mientras que los que tienen menor nivel la consideraron como buena.

En este sentido los informantes señalaron lo siguiente:

“E01. Mujer de 68 años de edad. Yo considero que estoy mal, pero yo trato de sobrellevar mi enfermedad de la mano, para pues, trato ahora sí de sobrevivir, para no sentirme pues la realidad lo mal que yo estoy. ... Pues la describo que será buena, yo se que es mala, pero yo digo que bueno, creo que llevo la de ganar porque creo que es regular, regularmente.”

“E02. Mujer de 63 años de edad. Mmmm, pues te diré, no es muy, muy buena salud que digamos, a veces amanezco bien, a veces ya por decir de la una en adelante ya me siento mal, y a veces no a veces desde que amanece me siento mal y duro dos, tres días y pues ya me tomo mi medicamento. Pero yo no me siento bien vieras, yo no me siento bien me duele mucho la espalada.”

“E03. Mujer de 79 años de vida. Pues yo la considero a esta altura de 80 años, la considero pues que esta bien, sí que esta bien. Yo digo que yo fui muy sana porque no comía cosas desde así chiquita de carne nada, nada no más tu plato que te daban donde trabajas y era todo uno de sopita y sí te tocaba guisadito. Yo me siento muy, muy, me siento bien, así como, como, como estoy yo llevando mi manera de vivir, me siento que estoy bien.”

“E04. Hombre de 66 años de edad. Pues saludable sí me siento, hay no más cuando me doy mis pelás porque si me gusta trabajar me duele todo el cuerpo. Saludable pues..... Si lo estoy, digo nada más el puro problema es la azúcar y pues mi vista. Porque quizás no me duela horita nada, me

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

comienzas horita a doler los nudos de los dedos, pero pues es natural..... Este saludable es que no, no me duele horita nada verdad."

"E05. Hombre de 76 años. Buena, buena porque no ten.. he tenido ningún problema, estoy bien de día, no tengo diabetes, no tengo este baja la presión, no este, no me siento así cansado. Pues como le dije mi salud siempre ha sido buena, pero siempre que uno tiene que un dolor de cabeza, que una calentura, que esas cosas, tiene uno que curárselas, claro que cuando se complican pues eso es la muerte."

"E06. Mujer con 64 años de vida. Pero le digo que pues a mi edad, le digo que ya este me siento más o menos. Pues ya para esta edad yo digo pues a penas empiezo con mis achaques he sido sana sí. Nada más eso, y como un cansancio, así como un dolor de cuerpo y sueño, nada más lo que, lo que me ha provocado horita."

"E07. Mujer de 80 años de edad. Pues mira yo mi estado de salud, la verdad ni yo mismo me lo se, te soy sincera, porque mira al menos horita ya tengo mucho que me duele mi espalda. Yo me sentía muy bien, pero digo no, otras cosas no, yo no me siento mal, pero sí me duelen luego a veces los riñones me duelen mucho los riñones."

"E08. Hombre de 80 años de vida. Pues muy buena, buena así como de chamacón no, porque pues ya anda uno cascadeando ya no es igual verdad, ya cualquier cosita ya no es, pero sí todavía me siento bien."

Tomando en cuenta lo anterior, se podría inferir que la autopercepción del estado de salud se relaciona con la edad menor de 70 años, el sexo femenino y los estilos de vida previos a la vejez.

En relación a la autopercepción general del estado de salud que manifestaron los informantes, en el esquema del cuerpo humano se observó lo siguiente:

Respecto al estado de memoria prevaleció la debilidad en la memoria, refiriéndose a la presencia de olvidos.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

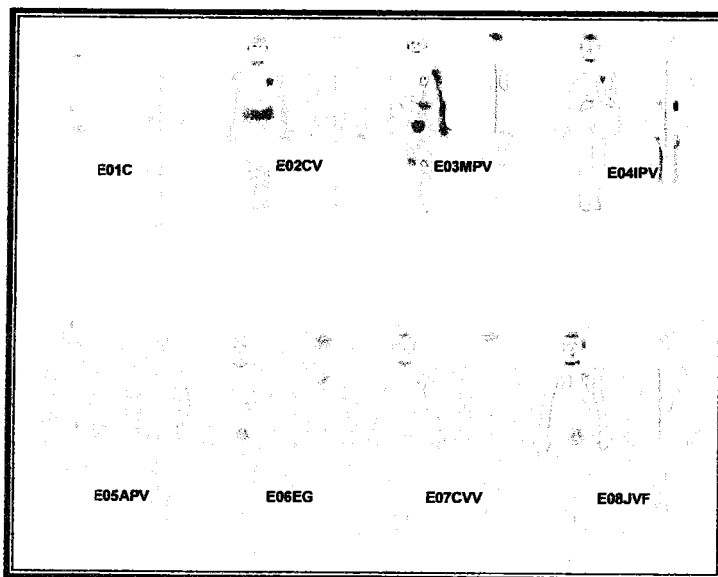
En relación a la salud de los órganos sensoriales manifestaron tener problemas con la vista, algunos de ellos tienen lentes pero no los utilizan, lo cual es de llamar la atención, ya que el deterioro sensorial influye en el estado emocional y sociabilización del adulto mayor.

En el funcionamiento de miembros torácicos (manos y brazos), se encontró que autopercibieron debilidad en la fuerza muscular y disminución en los arcos de movimiento.

En la autopercepción de salud en los miembros pélvicos se observó que prevaleció el dolor en las rodillas y la debilidad en la fuerza.

Llamó la atención que en lo que refiere a la sexualidad, los informantes manifestaron que esta pérdida, o disminuida (**Figura 2**).

Figura 2: Autopercepción de la salud general en el cuerpo humano.



Fuente: 8 entrevistas, realizadas durante enero – diciembre del 2005 en cuatro colonias adscritas a la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE.

Cabe resaltar, que la autopercepción que señalaron los adultos mayores fue similar con lo que se reportó en la literatura la cual señaló que la salud en este grupo etáreo se concibe como buena, resultado que se asoció al género y la edad, entre las causas que reportaron para autopercebir así el estado de salud se encontraron las condiciones físicas, algún estilo de vida, los factores socio-económicos y psicosociales, independientemente de que padecieran enfermedades crónico – degenerativas ^(149 - 158).

Así mismo, el análisis de los datos fue coincidente con el reporte de **Borges y Gómez** quiénes en 1998, reportaron el análisis de la Encuesta Nacional de Salud en México de 1994, que realizaron con 4628 individuos de 60 años y más, de los cuales 86% de los sujetos vislumbró su salud como buena o muy buena,

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

independientemente del sexo. Con relación al tipo de residencia 43% de los adultos mayores de las zonas urbanas indicaron tener mejor estado de salud, comparado en el 36% de aquellos que vivían en zonas rurales ⁽¹⁵⁹⁾.

Sin embargo, los resultados observados en las narrativas de los informantes fueron diferentes, con la investigación de Vargas quién realizó un estudio con 100 adultos mayores de los Reyes la Paz, Estado de México en el 2000, en el que encontró que 82% de los hombres de 60 a 69 años manifestaron que es bueno, en comparación con el 69% del mayores de 70 años; Respecto al sexo femenino observó que 71% del grupo de mujeres jóvenes señaló que es bueno, mientras que el 58% del grupo de mujeres viejas declaró que es malo ⁽¹⁶⁰⁾.

Como se puede observar, existen diferentes investigaciones sobre la autopercepción de la salud en los adultos mayores, no obstante el enfoque epistemológico en el que se fundamentan parte desde el positivismo bio-médico y el epidemiológico sin considerar a que se refieren los actores cuando autoperciben su salud como buena o mala.

Tomando en cuenta lo anterior, se observó que la valoración del estado de salud a través del paradigma cualitativo, permite un acercamiento no sólo de quiénes autoperciben su salud de una u otra forma, sino también ayudaría a los profesionales de la salud e generar programas de salud, de acuerdo a las creencias en salud.

Cabe resaltar, que la autopercepción de la salud en los adultos mayores se relacionó con la categoría de aprendizaje de la salud.

9.2 APRENDIZAJE DE LA SALUD

Uno de los fenómenos que son vitales para identificar de donde provienen las creencias en salud, es el lugar en donde los adultos mayores aprendieron el significado de la salud, ya que esto determinará las conductas o estilos de vida que favorezcan el bienestar o salud en esta población y lo que ellos transmitan a próximas generaciones.

Cabe resaltar, que los informantes definieron ésta categoría como: **“El lugar o personas que les enseñaron la salud y lo que necesitaron hacer para mantenerla en esta etapa de la vida”.**

Al respecto, señalaron que el lugar en donde aprendieron la salud fue la escuela de la vida (es decir lo que aprenden con el paso de los años) o el hogar, las personas que les enseñaron la salud fueron los padres o la fe religiosa, y lo que hicieron para mantener la salud fue cuidar la alimentación previa, tener buenos hábitos de sueño, evitar hábitos nocivos como el alcohol y el tabaquismo. Como se puede observar las conductas previas a la vejez influyen en la salud de los adultos mayores.

Lo anterior se vislumbró en los siguientes extractos de las entrevistas:

“Pues yo creo que la vida, o lo que yo vi con mis papás que funciono que yo los seguí así como ellos también nos lo enseñaron y ellos nos enseñaron a, pues yo pienso que a vivir sanamente, porque mi papá no puede tomar, mi papá no puede fumar, nadie en la familia de él, bueno dentro de lo que me rodeo con ellos, ellos fueron unas personas, más que nada, verdura, pollito eso si me enseñaron a muy lechera, porque ellos si me enseñaron a tomar mucha leche, nos daba de comer mucho queso, crema, más cuando el

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

trabajaba para el lado del Bajío. Mujer de 68 años de edad E01."

"Aquí en la casa, en la casa, y a mi me gustaba mucho todo el tiempo madrugar de 5 de la mañana dormir hasta las 12 la 1 de la mañana, porque, mira sirve mucho este que el cuerpo lo este uno trabajando, lo este. Mujer de 79 años de vida E03."

"Yo digo, que nada. Hombre de 66 años de edad E04."

"Pues, mire yo, pues será la buena suerte no se o la voluntad de Dios, pues la vida que he llevado ha sido pesada, en el sentido que siempre he trabajado desde chico. Hombre de 76 años EO5."

"Hay doctora pues no se, yo creo que la necesidad de, pues ya desde, si usted quiere haya en los tiempos pues que uno se alimentaba, si usted quiere, la tortilla lo que sea era pura y no quería, que alimentación en un pueblo más que sí usted quiere frijolitos y tortilla y una leche que se tomara uno pero era buena, ya ve que horita todos los alimentos que consumimos ya no son alimentos. Mujer con 64 años de vida EO6."

"Pues nada más de lo que veo, de lo que veo, que veo a la gente, que veo a las personas que han sufrido que están solas y enfermas y yo digo es a lo que, a esa edad voy a llegar yo es lo que siento. Mujer de 80 años de edad. E07."

"Sano, pues yo solo, la vida, la vida, la escuela de la vida es lo mejor que hay, así es que el que no la agarra, pues es porque de plano no, porque la vida lo golpea a uno, le da a uno oportunidades, y así como se las da se las quita, y si usted sabe aprovechar la buena oportunidad pues vas a salir sano. Hombre de 80 años de vida E08."

Tomando en cuenta los argumentos antes mencionados, se podría inferir que la salud se aprende en la educación básica (en el interior del hogar y en el recorrido de la vida, lo cual se asocia con las creencias en salud de los adultos mayores.

Cabe señalar, que no se encontró evidencia científica tanto a nivel internacional como nacional, que reporte el aprendizaje de la salud en la etapa de la vejez.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

No obstante, los testimonios de los entrevistados fueron similares con lo que reportó la OMS en el 2001, quién mencionó que tanto la salud como el envejecimiento son consecuencias sociales y culturales además de estar determinados biológicamente, por lo que existían tres fuentes básicas para las diferencias en el envejecimiento saludable: los determinantes hereditarios, las circunstancias socioeconómicas, el estilo de vida y otros factores conductuales ⁽¹⁶¹⁾.

Lo anterior se fundamentó con la Teoría del Aprendizaje e imitación social y la Teoría del Aprendizaje Observacional, la primera señala que la salud se aprende a través de observar el comportamiento de otros, y las recompensas que éstos reciben (reforzamiento indirecto), proceso que ha sido llamado recompensa indirecta o experiencia indirecta ⁽¹⁶²⁾. La segunda se apoya en creencias basadas en la observación de otros y los resultados que estos obtienen tras efectuar un determinado comportamiento, creándose modelos que pueden ser emulados ⁽¹⁶³⁾.

Así mismo, se refiere que en este tipo de aprendizajes la persona aprende lo que es apropiado por medio de observar los comportamientos, éxitos, y errores de otros ⁽¹⁶⁴⁾.

Lo antes mencionado es de llamar la atención a los profesionales de enfermería, ya que éste gremio debe considerar las costumbres o creencias que prevalecen en la población, para generar una adherencia en el cuidado, educación en salud y lo que ellos consideran respecto a la funcionalidad física.

9.3 FUNCIONALIDAD FÍSICA

Algunos autores han señalado que uno de los indicadores más sensible para identificar la salud o una nueva enfermedad en el adulto mayor son: la funcionalidad, autonomía, ambiente en el hogar, entorno social, apoyo político y social ⁽¹⁶⁵⁾.

La funcionalidad física, según la literatura se conceptúa como: cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considere normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa ^(166 - 169).

Así mismo, los informantes la definieron como: **“El nivel de autonomía en el desarrollo de actividades cotidianas”**, la cual clasificaron como independencia o dependencia.

La independencia la visualizaron bajo tres dimensiones:

- a) Actividades de la Vida Diaria (ABD).
- b) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABDI).
- c) Actividades Recreativas (AR).

En relación a las ABD señalaron que un adulto mayor con salud puede ser independiente en la actividad de bañarse.

En las ABVDI comentaron que el tener salud en esta etapa de la vida les permite hacer los quehaceres del hogar como: lavar, planchar, barrer, trapear, hacer la comida, ir al mercado y arreglar ropa, así como trabajo no remunerado (plomaría, sastrería, vender).

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Tocante a las AR indicaron que cantar, leer, admirar la naturaleza, salir de paseo, escuchar música o vender objetos, les hacía sentir que aún tenían salud.

No obstante, refirieron que dichas actividades ya no se realizan con la misma agilidad que en etapas previas, que éstas generan un cansancio, pero que no por eso las dejan de hacer.

Al relacionar la funcionalidad física con el género se observó que en los roles de trabajo en los hombres se modificaron, ya que en esta etapa de la vida ahora ellos se integran en los quehaceres de la casa, actividades para las cuales no fueron educados en su juventud. Lo cual reflejaría que para los entrevistados el desarrollar éstas actividades les permitiría la integración familiar dentro del hogar.

Otra de las situaciones que llamó la atención fue que al relacionar la funcionalidad física con la autopercepción de la salud algunos informantes comentaron que su salud era buena mientras que otros señalaron que era mala, lo cual dejó entrever que independientemente del estado de salud, los adultos mayores fueron independientes en el desarrollo de sus actividades.

Lo anterior se encontró en los siguientes extractos de las entrevistas:

“... ya no creas tu que es como antes, que yo les lavaba, no, no, no, ya ahora como salga.... Entonces yo pienso que el que andes haciendo tus cosas despacio, con calma porque ya no tienes la agilidad de aquellos años, pero que te sientas a gusto, que te sientas contenta, pero que yo lo haga porque yo me siento útil, yo me siento bien, ya estoy vieja, pero si ustedes me dejan hacer todo lo que yo hacía cuando estaba más joven créanme que aunque sea despacio todo lo hago. Me gusta leer, me gusta, me gusta admirar la naturaleza, me gusta ver mis plantas, platicar con ellas, aunque están rascuachitas como yo he, y me gusta leer, pero leer no la

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

nota roja, no cosas así, no, no, por ejemplo selecciones, un buen artículo..... me gusta la música, pero la buena música, me gusta la música por ejemplo la instrumental. E01 Mujer de 68 años de edad."

"A veces barro, a veces trapeo, a veces ella me ayuda, porque si a veces también me ayuda, pero te digo sintiéndome bien pues me voy al mandado, sigo viendo a mi niña te digo, aunque por ratos pero si la sigo viendo. Y haces con mas gusto tus quehaceres que tienes que hacer estando buena y sana, porque ya lo estoy viviendo.. E02 Mujer de 63 años de edad."

"Pues en que me puedo parar, que duermo bien, que como bien y que me gusta hacer un poco de actividad todavía, sea un poquito barrer, barrer, lavar trastes, hacer comida, y arreglar mi ropa mía. Yo las hago, al pasito.... Me baño sola, me peino, y pues no, es que se impone uno a sus costumbres verdad, te agrada, le gusta a uno una cosa. Y tu todavía te sientes con fuerza de que estas al lado de tu familia, y es lo bonito, yo digo eso es lo bonito. E03 Mujer de 79 años de vida."

"Yo hago plomería en su pobre casa, no, ahí no, no, no estoy paralizado.... No me estoy quieto o busco un trabajo pues ahí mismo en la casa, ya no afuera porque mi vista no me ayuda, me gusta hacer de todo le hago, Y también soy muy ahorrativo, yo ahorro, ahorro un peso. Todavía afinó mi guitarra al oído, pues hay de vez en cuando que la agarro, porque ya casi no la agarro.... E04 Hombre de 66 años de edad."

"Tengo 81 años y al menos a mí no me da por estar sentado nada más, a mí me da por caminar, por hacer algo, por, aunque sea lavar los trastes ahí, barrer o acomodar una cosa, tiendo la cama, voy al súper, arriba en la azotea y eso lo que hago, salgo camino, voy al mercado, me levanto a las 6, a las cinco y media, y pongo la leche, pongo el café, para los hijos que todavía están hiendo a la escuela. No se va a sentir una persona inútil, que ya no se mueva que ya no pueda hacer nada, yo simplemente si me puedo mover, me voy a mover, solamente cuando de a tiro ya no pueda, entonces sí, no, pero mientras pueda, no me voy a quedar todo el día sentado o viendo la televisión.... E05 Hombre de 76 años."

"Pues este lavo, plancho, hago mi quehacer, le hecho la manita a mi nuera. Me levanto temprano a darles de desayunar a los niños a ponerles su lonch, y mi hijo también que se va a trabajar y ya me quedo a hacerles su quehacer

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

y ya me salgo afuera a vender. Pero yo soy Independiente..... E06 Mujer con 64 años de vida."

"Lavo, plancho, hago de comer, me salgo a la calle (ríe), la verdad, me canso, me canso hago de comer y me salgo un rato eso es lo que hago. Me siento capacitada pues para hacer las cosas, pero hay veces que no, la edad ya no, como que ya no, ya no me ayuda, pero eso es lo que yo siento, te digo yo hago el quehacer de mis hijos... No se estar sentada de balde me entiendes, a mi me gusta hacer una cosa u otra, si tu todo el día quieres que te haga quehacer, todo el día te lo hago.... E07 Mujer de 80 años de edad."

"Yo tengo todavía algo de energía pero ya no igual como antes desde luego que no verdad ya le cuesta a uno más trabajo las cosas que antes. Yo siempre fui independiente verdad... Siempre ando, ando como se llamaba activo, con movimiento para haya y para acá, para no estar no más sentado. Después de la comida, que luego me pongo a limpiar las cosas... llevo la jerga. Nosotros todavía nos valemos por nuestros propios pies y todo. Aquí yo me encargo pues del aseo de la mañana, arreglo la ropa, esa actividad a mi me sirve. Ya cuando estoy descansando ya me pongo a ver un rato la televisión, en la mañana no, no, solo en la tarde. E08 Hombre de 80 años de vida."

Respecto a la dependencia funcional, solo cuatro informantes manifestaron que una persona que no esta sana en algún momento de la vida necesitará del apoyo de otra persona, sobre todo en el desarrollo de las actividades básicas cotidianas como: la alimentación, movilización y aseo personal, al igual que en el sentido económico, este último aspecto lo visualizaron como una obligación de tipo moral.

Cabe mencionar, que esta situación se asoció a la autopercepción de mala salud, a la edad de 60 – 69 años y a las experiencias de vida que afrontaron en el pasado, señalando lo siguiente.

"Porque yo estoy consciente.... Que mientras pasan más los años, no se. Si yo vivo, ello me van a tener que dar hasta de comer en la boca. Y ahora y luego a mi papacito

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

también, que sus fuerzas se fueron acabando y se le fue acabando después de ser un hombre grandote, muy gordo, grandote, pero yo le veía, como poco a poco se le fueron acabando, sus piernas, todo... Pero pues pienso todo se acaba y a resumidas cuentas yo voy a parar igual (ríe), pues yo, pues yo, trato de no, pero digo no hay que estar consciente de que efectivamente todo se nos acaba. *Mujer de 68 años de edad E01.*

"Yo si tengo derecho de que me den a que me ayuden con algo, luego les digo, saben yo no quiero que, por decir se van a la tienda o lo que sea, traen su mandado yo se que no va hacer todo para mi, no me van a dejar todo verdad, mal haría yo, pero yo digo con una sopita que me dejen, un jaboncito, una pasta, yo así se los hice saber, no quiero que me den mucho, pero por lo menos que.... *Mujer de 63 años de edad E02.*"

"Ya pues le digo ya a una edad de que ya no puede usted valerse, más que nada para, para que la bañen a uno, para un aseo que uno tenga es lo más, un trago de agua que le den a uno. *Mujer con 64 años de vida E06.*"

"Yo les dije cuando yo ya no pueda moverme, que vean que ya no pueda una de dos me voy a un asilo, o me dejan sola yo no quiero problemas con mi familia por culpa mía no, yo se que sola, sola voy a quedar, sola, sola. *Mujer de 80 años de edad E07.*"

Tomando en cuenta lo anterior, se podría inferir que la salud para los adultos mayores es desenvolverse independientemente en actividades cotidianas de la vida diaria, la cual se asocia al género y edad.

Cabe resaltar, que la información emitida por los informantes respecto a la Funcionalidad Física en las actividades básicas de la vida diaria fue similar a lo reportado por Moss M P y cols, quienes realizaron un estudio en el 2004, con 90 individuos Indio-Americanos mayores de 60 años, con la finalidad de describir los factores que se asocian a la disfunción física, de los cuales encontraron que 40% de la población informo limitación con la actividad de bañarse, 31% para caminar, y 22% para vestir. Sólo

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

6% de los ancianos informó su estado de salud como pobre. Respecto a los factores que se asociaron a la disfunción física en actividades de la vida diaria observaron el mal estado de salud, el ejercicio regular y la demanda en el uso de servicios de salud ⁽¹⁷⁰⁾.

Así mismo, Zimmer Z y cols en el 2004, refirieron en un estudio que realizaron con adultos mayores de Taiwán y Filipinas que otro de los factores que se asociaron a la dependencia funcional fueron el estado socio-económico (educación e ingreso), los cuales se relacionaron a cuatro dificultades funcionales como: agacharse (ponerse en cuclillas), subir escalones, caminar y levantar las cosas, lo cual fue similar con lo reportado por los informantes del presente estudio ⁽¹⁷¹⁾.

Respecto a la percepción de capacidad funcional Hanne N y cols, dentro de una investigación que realizaron en el 2001 con 2262 personas mayores de 90 años, con el propósito de describir la capacidad funcional y la autopercepción de la salud, encontraron que 50% de los hombres y 41% de las mujeres no se clasificaron como discapacitados, mientras que 19% y 22%, respectivamente, se consideraron como muy disfuncionales, no obstante al realizar una valoración más objetiva identificaron que sólo 3.7% de las mujeres y 6.3% de los hombres caminaron (el paso normal) con una velocidad de por lo menos 1 metro por segundo que es la velocidad ambulante mínima ⁽¹⁷²⁾.

Otra de los estudios que se realizó con 200 personas mayores de 60 años, con la finalidad de relacionar entre las valoraciones objetivas de salud e invalidez y las percepciones subjetivas en adultos mayores que viven en casa. Se observó que la muestra total se clasificó favorablemente en las actividades de la vida diaria, aunque aquéllos que se clasificaron como inválido eran

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

significativamente menos independientes, diferencias que se explicaron en parte por una combinación de la valoración de individuos de sus propias habilidades y sus creencias sobre factores que influyen en la invalidez ⁽¹⁷³⁾.

Con relación a las actividades recreativas que manifestaron los informantes se encontró diferencia con lo que reportó el INEGI en el 2004, ya que ésta refirió que 87.9% de las mujeres lleva a cabo estas actividades dentro del hogar en comparación con los hombres (85.5%). Con respecto a las que se realizaron fuera de la vivienda encontró que 38.7% de los hombres y 35.8% de las mujeres las llevaron a cabo. No obstante, se encontraron similitudes en la actividad de la vida diaria básica e instrumental ⁽¹⁷⁴⁾.

Como se puede observar existen diferentes investigaciones que reportan la funcionalidad física en el adulto mayor, las cuales se realizan bajo un paradigma positivista, lo cual interfiere en la valoración subjetiva de dichas actividades, ya que se vislumbra más la óptica del investigador y no la del individuo mismo, siendo esto fundamental en la valoración de los adultos mayores, para poder comprender al ser humano y así poder estructurar programas terapéuticos bajo las creencias que tienen los propios ancianos respecto éste tópico.

Sin embargo, no se encontraron reportes de investigación que refieran cuales son las creencias respecto a la funcionalidad física en adultos mayores.

Por lo tanto, la salud de los Adultos Mayores debe ser descrita, más que en términos de procesos de medición, en términos de

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

autonomía personal o capacidad para funcionar de forma independiente en las interacciones básicas con el medio ⁽¹⁷⁵⁾.

Tomando en cuenta lo antes señalado, la valoración subjetiva permite un acercamiento más profundo a la concepción en salud funcional que la objetiva.

Por lo que las creencias respecto a la funcionalidad física adquieren una dimensión muy especial en la valoración de los adultos mayores, ya que el concebir esta etapa de la vida como discapacidad funcional puede ser un indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos.

De ahí, la importancia de integrar al profesional de enfermería en la atención primaria a la salud, ya que éste deberá implementar programas de educación considerando los aspectos socioculturales de ésta población.

Cabe señalar que esta categoría se asoció con las redes de apoyo familiar.

9.4 REDES DE APOYO FAMILIAR

Cabe señalar, que uno de los aspectos que consideraron los adultos mayores para mantener la salud en esta etapa de la vida fueron las Redes de Apoyo Familiar, entendiendo este tópico como los recursos familiares con los que cuentan para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Al respecto se encontraron dos subcategorías: Relaciones Familiares y Apoyo Familiar.

9.4.1 RELACIONES FAMILIARES:



El tema de la salud en el adulto mayor en las sociedades industriales modernas constituye un tema cada vez más importante por las repercusiones que parece tener en la organización y estructura social, sobre todo en cuanto a las alteraciones del estado de bienestar que conllevan los cambios que se están produciendo actualmente y que afectan de modo especial al así llamado «contrato generacional» y a las relaciones familiares ⁽¹⁷⁶⁾.

Respecto a las relaciones familiares según los informantes se conceptuaron como: **“El tipo de convivencia que tenían dentro de su núcleo familiar”**.

Antes de describir la relación familiar de los informantes, es de vital importancia dar a conocer las características del estado civil, así como las familiares.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En relación al estado civil, tres fueron casados, tres viudos, uno vivía en unión libre y uno era separado.

Respecto al número de hijos con los que vivían, se observó que por lo general habitaban en su domicilio más de tres familiares, entre los que se encontraban hijos, hijas, esposo, nietos y nueras.

Como se puede observar, el tipo de familia de los entrevistados era extensa compuesta, solo se encontró una familia de tipo agregada, es decir la pareja no esta casada y existían la esposa su hijo y el informante. No obstante se consideró que las familias de los entrevistados también pertenecía a la de tipo Aisladas, ya que según las narraciones predominaron los intereses individuales, los roles estaban aislados, refiriendo "cada uno hace su vida".

El ciclo vital por el que cursaban los informantes era el de nido vacío y el de retiro, el primero hace referencia al momento en que todos los hijos se van hasta el momento en que uno de los padres se retira de la vida laboral y el segundo desde que se termina la actividad laboral hasta que una de los esposos muere.

Con relación al rol que ejercía el adulto mayor dentro de su familia, se encontró que algunos de ellos aún seguían ejerciendo el rol de cuidadores tanto de los hijos como de los nietos, así como de proveedores en el sentido económico.

Respecto a las relaciones familiares con el cónyuge, dos de los informantes manifestaron que era mala, debido al tipo de convivencia que tenían con sus hijos. Uno de estos comentó fuera de la entrevista que su pareja se molestaba sobre todo porque durante la noche ella no le daba importancia al aspecto de la

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

intimidad, otros manifestaron que la relación con su esposa era buena, sin embargo también señalaron que tienen conflictos con ella ya que no están de acuerdo en la forma de como apoyaban a los hijos. Otra de las informantes no señaló como era la relación con su esposo.

Tocante a la relación con los hijos, cinco manifestaron que era buena y solo tres que era mala. De los que señalaron que era buena se refirieron al respeto y afecto que aún les tienen, no obstante uno de ellos comentó que se llevaba mejor con las nueras que con los hijos. De los informantes que hicieron alusión a las relaciones malas se refirieron a los problemas morales, mientras que otro de los entrevistados señaló que desde etapas previas había sido distanciado de su medio hermano, y que los conflictos que tiene con su hijo fueron por la etapa de adolescencia.

Cabe señalar, que el ver realizados a los hijos profesional y personalmente generó una fuente de satisfacción para el adulto mayor.

Así mismo, se encontró que los informantes creyeron, que los problemas morales en la relación familiar interfieren en el estado de salud.

Al respecto, se observó que al cruzar, las relaciones familiares con la categoría de sentimientos de soledad, se observó que dos de tres mujeres señalaron que era buena, en comparación con solo uno de tres hombres que comentó que fue buena. Sin embargo independientemente de esto los entrevistados creyeron estar solos, sin tener con quien dialogar o comentar sus sentimientos, incluso uno de éstos señaló que el mismo le pide a sus familiares que lo

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

dejaran en una casa hogar para ancianos, lo cual dejaría entrever la divergencia entre el pensamiento y la acción.

Tomando en cuenta las narraciones de los informantes respecto a las relaciones familiares, se podría decir que éstas presentaron una aparente paradoja de coexistir fuertes lazos afectivos con la presencia de relaciones disturbadoras. Es decir los adultos mayores aunque manifestaron problemas o conflictos familiares vislumbraron tener buenas relaciones familiares, a continuación los testimonios:

"No yo tal vez eso también me lo toma mal, y dice es que tu vacilas con ellos, pero yo digo pero sanamente, sí yo convivo con ellos, y siempre yo he convivido con ellos, y digo entonces con quien voy a ir a vacilar. Pues que te diré.... Mmm no pues a veces me pone así (se agarra la cabeza), Aún así fijate que ellos todavía cuando ellos eran estudiantes me consultaban y todavía luego me consultan mamá como ve esto mire así, así lo hacemos así o lo hago así, le digo hay hijo pero pues yo ya que se, ya no se nada, no mamá usted sabe, usted sabe mucho. Mujer de 68 años de edad E01."

"Yo no creo que sea tanto en la salud sino como pues en lo moral, es una cosa que te esta acabando. Como te pudiera decir muy, muy buena he, porque yo me llevo bien con las nueras, luego a veces mejor con ellas que con los hijos por esa parte con mis nietos pues también.... Pues esos son los problemas que no nos dejan estar tranquilos..... Porque mi familia, yo quisiera que fuera como yo, pero no es así, ellos al contrario están muy alejados de Dios y eso pues también me llena de tristeza. Mujer de 63 años de edad. E02."

"Se han retirado un poco, pero yo no nunca les reclamo ni me enojo, yo nada más cuando vienen, nada más le hago y ese milagro, y ese milagro, les digo yo hay que gusto me da que venga y no deje de venir, le digo, si al cabo mire aunque usted... Yo siento que todos mis hijos, te voy a ser franca, yo siento que si me quieren, pero a veces por sus ocupaciones No más lo que si no me gusta, le digo no seas malo Pancho no seas ingrato conmigo, simplemente te descuidas de mi.... Quiere uno entonces sí como que tiene uno ganas de que vinieran su familia a hacerles visitas... porque ya pues, platica uno un ratito, porque si le tienes te desahogas y eso te sirve de algo Mujer de 79 años de vida. E03."

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

"Somos, fuimos muy distanciados él y yo porque de chiquillo, tuve una tía... , no pues posiblemente no era yo de su agrado siendo yo un niño, cuando nos daba juguetes porque nosotros estuvimos muy amolados nosotros, cuando nos daba juguetes llamaba a nuestra persona el día de Reyes, los mejores juguetitos eran para mi hermano. (Pág... 12; p. 58) El único problema que hay es con su chamaco, porque ya creció y le rezongan a uno. Hombre de 66 años de edad. E04."

"Pues problemas morales, es cuando tiene uno problemas con la esposa, con los hijos y los económicos pues cuando le falta a uno dinero, que ya no haya uno ni de donde sacar. En un sentido bien, bien porque gracias a Dios mi esposa no es una persona exigente, nos conformamos con lo que Dios nos da, mis hijos pues, mal que bien, aunque sea la primaria cursaron.... porque aquí yo me canso de estar viendo que no haga nada y yo no lo soporto (con tono molesto), Mi esposa se enoja porque platico así, no pues es nuestro hijo tenemos que ayudarlo. Uno se siente, de que no haya como desahogar ese problema, sí, pues eso sí repercute a la salud de uno, yo considero que sí, esta haciendo uno corajes, sin haber necesidad.... Hombre de 76 años E05"

"Muy bonita, doctora muy bonita, porque le digo a la situación que estamos horita, que los hijos ya no respetan a los padres y que y que no tienen esperanza en ellos, y yo sí tengo mucho apoyo de ellos, tanto de una mujer no más que tengo y de mi hijo no más que tengo.... Mi hijo el que le digo y mi hija porque viven en el mismo terreno. Ellos son muy buenos hijos, muy respetuosos, muy buenos hijos. Mujer con 64 años de vida E06."

"Quisiera yo que todos los problemas que yo tengo lo sintieran otra personas, eso es lo que me pasa a mi. Pero por su esposo, yo escucharía no que tu mamá esto, que tu mamá lo otro, entonces yo pienso que mejor yo sola, voy con mi hijo e igual, mi hijo se va a trabajar, el día que yo ya no pueda hacerlo, no me puedo arrimar con mis hijos, por motivo de sobra. Mujer de 80 años de edad E07."

"Aunque yo les diga que no estoy mal, pero luego a ver no, no, órale a ver venga para acá, no estoy bien, y ahí voy. Mis relaciones bien, muy bien, no tenemos problemas de ninguno, cositas ligeras, porque siempre discute uno siempre por cualquier tontería pero ligero no. Hombre de 80 años de vida E08."

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Los testimonios antes señalados harían suponer que la calidad en las relaciones familiares no depende del número de horas que dediquen al cuidado del adulto mayor, sino del afecto que ésta proporcione y las creencias en salud se asociarían a los problemas con la familia, al tipo de apoyo, sentimientos de soledad y evocación religiosa.

Cabe mencionar que las narraciones antes mencionadas fueron similares a lo reportado en la literatura la cual refirió que las relaciones familiares en la vejez tienen una fuerte carga emocional. Por lo que la afectividad y el sentimiento se deben considerar en la valoración familiar del anciano, ya que a veces las respuestas que dan las personas mayores sobre su relación con los hijos tienen muy poco que ver con la realidad ⁽¹⁷⁷⁾.

Por otro lado, las narraciones antes mencionadas fueron similares con el reporte de Barros y Muñoz quienes encontraron en los resultados obtenidos en el Proyecto Fondecyt, que 76% de la población estudiada manifestó que a los hijos les importan muchísimo y solo 9% no les importa nada la relación, el 50% manifestó que sus hijos los querían y se preocupaban por ellos, comparado con el 12% que señaló que sus hijos no los amaban ni se desvelaban por ellos. Sin embargo, se observaron diferencias con respecto a la relación con la pareja ya los autores antes mencionados encontraron que 77% decía que le satisfacen las relaciones con su cónyuge y 61% opinó que su cónyuge lo quiere y se preocupa muchísimo por ellos. Concluyendo que las características de la familia ideal son "el amor, la comprensión y la tolerancia" ⁽¹⁷⁸⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

También se encontraron diferencias con los resultados de Domínguez G y cols, quien realizó una investigación descriptiva de corte transversal, en 197 ancianos del área de salud del Policlínico Docente "Reina" del municipio Centro Habana, con la finalidad de caracterizar las relaciones familiares del anciano a partir de su percepción. Al respecto señaló que no existe un tipo de relaciones familiares predominante, aunque hay una ligera tendencia hacia las relaciones familiares poco armoniosas para un 32.6%. Porcentaje que se incrementó al sumar la cifra de los adultos mayores que percibieron sus relaciones como disarmónicas con un 56.2 % ⁽¹⁷⁹⁾.

Así mismo, los testimonios de los informantes fueron similares a lo que reportó Fees y Bradshaw en el 2003, en un estudio cualitativo que realizaron con adultos mayores, en el que encontró que los comentarios que realizaron fueron que ellos veían sus interacciones intergeneracionales como el promover la relación a favor para la juventud. Así mismo, indicaron un sentido elevado de bienestar de las interacciones y también desearon una relación significativa con la juventud ⁽¹⁸⁰⁾.

Cabe resaltar, que el tipo de familia de los informantes presentó similitud con el estudio de Cardona y cols, quienes en el 2003 realizaron una investigación con 637 adultos mayores en Medellín, Colombia, en el cual encontraron que el 92% manifestó que vivía en una familia de tipo extensa, 5.8% señalaron vivir solos y 2% vivía con otro tipo de personas no consanguíneas. Respecto a las relaciones familiares con las personas que habitaban el 82.9% señaló que era buena, 9.1% regular ⁽¹⁸¹⁾.

Por otro lado, en una investigación de tipo cuantitativo que se realizó con 50 adultos mayores de 65 a 78 años, pertenecientes a

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

tres niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo) en Concepción Chile reportó que las relaciones sociales se mantenían o aumentaban en la tercera edad, con respecto al nivel socioeconómico se encontró que en el alto se percibía una mayor amplitud de las redes sociales (44.09%), en comparación con el bajo el cual presentó redes sociales más reducidas en un 22.72%.
(182)

Por lo que respecta a las relaciones familiares y la vejez en México, Vázquez en el 2002 señaló que en cuatro localidades de Veracruz, originalmente el tipo de familia de los adultos mayores solía ser de tipo nuclear, no obstante según testimonios de los entrevistados señalaron que ésta tiende a desaparecer, y que se esta incrementando el tipo de familia extensa y unipersonal, siendo estas en donde generalmente se encuentra esta población, lo cual fue similar al reporte de los informantes del presente estudio (183).

Así mismo, se encontraron coincidencias con lo que reportó Montes de Oca, quién en 1999 mencionó que los adultos mayores tenían como principal característica una serie de problemas y situaciones derivadas de la convivencia cotidiana y que la educación de las generaciones más jóvenes, así como la distribución de los recursos solían ser aspectos que provocaban malestar familiar, situación que para muchos era aceptada con cierta conformidad, con una especie de excesiva comprensión sobre los problemas de tiempo y dinero de sus hijos. De hecho, en casos de emergencia eran los mismos padres quienes permitían que sus hijos habitaran con ellos en la misma casa, daban consejos o apoyo emocional a sus descendientes (184).

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

No obstante, se encontraron diferencias con respecto a la relación conyugal en la tercera edad que reportó Marín en el 2005, ya que encontró que las parejas casadas que todavía están juntas en sus 60 años consideraban su matrimonio como satisfactorio. 75% señaló que los hermanos fueron los lazos afectivos más significativos que tenían durante su vida ⁽¹⁸⁵⁾.

Como se puede observar existen diferentes investigaciones respecto a las relaciones familiares de los adultos mayores, sin embargo la mayoría de éstas se enfocan bajo un paradigma cuantitativo en el que se hace referencia a aspectos como: comunicación, roles, etc. no obstante las creencias sobre la relación familiar en adultos mayores son escasamente abordadas.

En suma, se observó que las relaciones familiares conflictivas de los adultos mayores, pueden explicarse porque en la convivencia multigeneracional las diversas necesidades e intereses se contraponen en determinados momentos y circunstancias, provocando tensiones dentro del seno familiar.

De ahí la importancia de implementar programas de integración familiar donde el objetivo principal sea que el adulto mayor pueda convivir con los miembros de su familia o que al menos estos lazos no se rompan por completo, ya que las relaciones familiares son de vital importancia en el apoyo familiar que les otorguen.

9.4.2 TIPO DE APOYO FAMILIAR



El énfasis reciente en los apoyos sociales o familiares de las personas mayores se debe a que en la vejez se experimenta un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también a que es una etapa de la vida en la cual se presenta con mayor probabilidad el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros.

Así mismo, el cambio demográfico y socioeconómico que se presenta tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo justifica el estudio de los apoyos sociales, ya que últimamente la escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral formal advierten la existencia de un segmento de población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” depende de su familia en la sobrevivencia cotidiana, pero también de otras expresiones de las redes sociales de apoyo para mantener vínculos afectivos, conservar información estratégica en la cotidianidad, etc., y en conjunto preservar una determinada calidad de vida.

En este sentido, el apoyo familiar se entiende como aquellas prácticas simbólicas - culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales, las cuales integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, además de evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando el individuo enfrenta dificultades, crisis o conflictos ⁽¹⁸⁶⁾.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Cabe señalar, que una de las subcategorías de las redes de apoyo familiar, según los informantes fue el Tipo de Apoyo Familiar, el cual se entendió como: **“El tipo de recursos que le otorga la familia para el mantenimiento de la salud”**.

Al respecto, se observó que los familiares les otorgaban asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de enfermedad.

Con relación a las fuentes de apoyo, se encontró que la mayoría señaló que fueron las hijas o hijos, seguida de los nietos o el cónyuge, mientras que solo uno de ellos manifestó que la nuera es quien le apoyaba.

En relación a los tipos de apoyo, se encontraron cuatro: el instrumental, el material, el económico y el afectivo.

- a. **El tipo de apoyo instrumental**, lo definieron como el cuidado que les otorgan sus hijos en su salud, o la ayuda en los quehaceres del hogar. En este sentido la mayoría de los informantes manifestaron que los llevaban al médico o bien les compraban los medicamentos para el control de su salud. Solo una de los entrevistados refirió que una de las nueras le apoyaba en la realización de la comida y la limpieza de la casa. Lo anterior se demostró con los extractos de las siguientes narraciones:

“Mujer de 68 años de edad E01: sí, están al pendiente de su mamá, ándale mamá mire lo otro, hay hijo, ya no me compres, ándele mire una paleta, sí, si mira... Ellos te ayudan al quehacer, comida, lavar a planchar a lo que tu quieras, porque así los acostumbre.”

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

"Mujer de 63 años de edad E02: Luego me dice una de mis nueras vamos a Coyohacan, dice ahí hay puros especialistas, que a que a el hospitalito, le digo pues vamos, no a ver que, que Dios dice.... Me llevo Rosy haya al hospital donde esta (Hospital Juárez) y me hicieron ahí la prueba de las alergias.... si ya luego ella me ayuda, yo soy la que mangoneo ahí la cuchara y la cazuela, (rie) y ya ella que pica, que muele, ándele ya vamos a hacer de comer, o sea que por ese lado pues gracias a dios no, los problemas son con los hijos "

"Mujer de 79 años de vida E03: El Negro viene, mamá alistese porque nos toca el miércoles, y ya nos va a tocar este miércoles ya van a hacer 15 días"

"Hombre de 76 años E05: Tengo un hijo que ya esta casado, pues es el que luego se preocupa por llevarme al médico, traerme aquí o llevarme a un médico particular... es el mayor, entonces este pues si se preocupa cuando me ve enfermo y mi esposa también, pues como es natural como lo ven a uno, pues se preocupan por que pues aparentemente parece que ya no les hace uno falta, pero si les hace uno falta."

"Mujer con 64 años de vida E06: Yo nada más tengo a mi hija y mi hijo donde yo vivo, pues cuando no me ve uno, me ve el otro, pero este, pero ya con el tiempo doctora mire ya ellos se van..... Pues procuran por llevarme al médico, le digo, mi hijo este, este con el que estoy afiliada aquí este, el trabaja en el ISSSTE.... Y no pues como es enfermera también me lleva aquí o me lleva a urgencias, me atienden, tanto ella como mi hijo. "

"Mujer de 80 años de edad E07: Pero cuando he estado mala se juntan mis hijos, como un día que me puse mala, que me dio este una parálisis facial, mi hijo el mayor les aviso a mis hijos, vinieron mis hijos, unos me llevan al doctor otros me llevo, me trajeron aquí, luego hay andan aquí, y me dicen todos, todos, no me deja nadie eso sí."

"Hombre de 80 años de vida E08: Mi familia se moviliza bendito sea dios, se moviliza y no me deja, luego me llevan a ver al doctor a ver que tengo, aunque sea una gripita lo que sea no me deja.... Ya viene mi hija que viene a las 5:30 o las 5 según y ya nos ponemos aquí a platicar o ella se pone a hacer alguna cosa, porque antes venía una mucha a ayudarnos a hacer la limpieza aquí..... Luego este dice te hago la comida para mañana, no, déjale hay para que tenga yo que hacer."

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

b. El apoyo de tipo económico, lo conceptualizaron como la ayuda de tipo monetaria que les ofrecían sus hijos. En este sentido, cinco de los informantes manifestaron recibirla directa o indirectamente, uno de ellos comentó que una de sus hijas le pagaba renta, mientras que otro señaló que su hija le proporcionó éste tipo de apoyo porque la informante se encarga del cuidado de la nieta, y los otros restantes reportaron que se los daban de forma voluntaria. Cabe resaltar que algunos de los informantes justificaron la falta de apoyo, debido a que sus hijos están casados, por lo que deben dedicar su vida y su dinero a los mismos. A continuación los testimonios:

"Entonces mi hija le digo, no me interesa Papá, pero yo quiero saber cuanto le da a mi mamá de su pensión y dijo nada, le doy a mi hermano y le dijo porque a su hermano, si usted tiene obligación es mi. Me dan dinero, ellos son los que me dan para las medicina, ellos son los que están al pendiente de todo. Aunque estén lejos, pero todos, todos me ayudan. Sin ellos no se que comería, porque mi esposo ya no me da dinero. Mujer de 68 años de edad E01."

"La que nos esta sosteniendo horita de todo a todo es Rocío, ella pa comer, para vestir, luego a veces sí para una medicina... Éste Luis Antonio no he, no ese sí, no le duele ni le pesa y Rocío menos te digo, ella es la que nos sostiene. Mujer de 63 años de edad E02."

"Entonces pues dice que le queda un centavito y me convida, aunque sea poquito pero me convida.... Dice tenga a ver cómprese, a ver que se compra usted y me dio 900 pesos Socorro estuvo aquí en la noche y dice mire tenga mamá aunque sea poquito me dio 250..... Siempre me han dado, pero horita me dan poquito porque tienen muchos gastos, por ejemplo Angelita ya viene y me da unos 300, la Coco 300 o 250, Bético no me ha dado, pero ni modo, ha de tener sus motivos. Mujer de 79 años de vida E03."

"Tengo una hija viviendo ahí que también me ayuda, lo que había de pagar también en otro lado, es lo que le digo yo no te voy a dar casa, a mi yerno, yo no te voy a dar ni mujer ni casa, yo esto lo trabaje, y lo necesito para darle a mis

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

hijos que todavía tengo obligación. Hombre de 76 años EO5."

"Él me da, me da dinero y este, y me da también despensa... Mujer con 64 años de vida EO6."

- c. El apoyo de tipo material, lo precisaron como la ayuda les proporcionaron los familiares en el vestido y la alimentación. Sin embargo, solo dos informantes manifestaron recibir este tipo de apoyo, lo cual se observó en las siguientes narraciones:

"Mujer de 63 años de edad EO2: Te digo de todo no, mantenerme sana, y vestida de todo, sí, están al pendiente de su mamá, ándale mamá mire lo otro, hay hijo, ya no me compres, ándele mire una paleta, sí, si mira, y con gusto me lo dan, fijate que no, no los ves tú que se enoje...sin ellos no se que comería..."

"Mujer con 64 años de vid, EO6: Pues este me tiene mi, mire mi casita con todas mis cosas, con mi estufa, con mi cama, con mis platos, todo lo que necesito, me tiene un cuarto, tengo mi cuarto de losita, él tiene su casa también y me hizo mi cuarto y ahí vivo, y este después de eso, él me da mi gastito..."

- d. El Apoyo afectivo, solos tres de los informantes lo definieron como el amor, cariño, afecto y respeto que les dieron sus hijos, sin embargo llamó la atención el resto de los entrevistados no hicieron ningún comentario al respecto, esto se observó en los extractos de las siguientes narraciones:

"Siento que si me quieren, siento que me quieren unos más que otros, otros poquito, yo siento que me quiere más... Mica, que las demás. Mujer de 79 años de vida EO3."

"Tengo una mujercita..... Esta muy joven he tiene 40 años, este ella me ve el semblante, como mi semblante que luego decaigo mucho por la azúcar que me pongo pálido, ella me levanta. No más me ve mal, y me ataca con verduras, a mi

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

me gustan muchos la verdura y me levanta... Hombre de 66 años de edad E04."

"... Le digo están al pendiente tengo mucho, mucho cariño de ellos doctora, si mucho doctora, mucho respeto de ellos Mujer con 64 años de vida E06."

Cabe señalar, que algunos de los apoyos antes mencionados se interrelacionaron entre sí y que la ayuda que recibieron los informantes se encontró en estrecha relación con el uso de los servicios de salud.

Por lo tanto, se podría inferir que el apoyo familiar se asocia al bienestar, al sentimiento de soledad, y al uso de servicios de salud.

Las narrativas antes mencionadas fueron similares al estudio realizado por el INSERSO, el cual reportó que las personas mayores fueron atendidas principalmente por las hijas (43,5%) y en menor porcentaje por otros parientes como hermanos, sobrinos, primos, nietos, etc. (7,8 %). Por otro lado, señaló que los motivos por los cuales cuidaron a sus adultos mayores hicieron referencia a sentimientos de afecto, amor y proximidad; así como de responsabilidad y deberes morales y éticos ⁽¹⁸⁷⁾.

Respecto al apoyo familiar, Escudero y cols en el 2001 en un estudio que realizaron con 615 personas mayores de 74 años, en medio comunitario urbano (Getafe, Parla, Pinto) y rural (Griñón). Madrid, España, reportaron que 62% de los entrevistados manifestaron recibir apoyo familiar, comparado con el 2% que no lo recibió, ni creyó que lo tendría si lo necesitara, comparado con el 36% que no lo recibe pero cree que si lo necesitara lo tendría, siendo mayor la proporción de mujeres con esta opinión (48,4%)

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

que de hombres (18,2%). Respecto al apoyo en los quehaceres del hogar, encontró que el 68% recibía ayuda familiar para alguna actividad instrumental de la vida diaria ⁽¹⁸⁸⁾.

Así mismo, se observó que dichos resultados fueron similares con respecto a que en la etapa de la vejez se tiene apoyo familiar por lo menos por parte de un hijo, sin embargo, fueron diferentes con relación a la necesidad de ayuda en las AVBD y AIVD, ya que los adultos mayores entrevistados en el presente estudio consideraron que ellos aún pueden realizarlas. Sin embargo, se señaló que el apoyo otorgado de los hijos se conceptuó desde la perspectiva de una reciprocidad esperada, es decir, se cree éstos tienen una responsabilidad para con sus padres la cual que se basa principalmente en dos aspectos: la retribución de la crianza brindada en su momento con los progenitores y el amor filial. La interdependencia también implicó que el adulto mayor algunas veces ayuda a sus hijos en la medida de sus posibilidades ⁽¹⁸⁹⁾.

También Ham Ch, en el 2000 reportó que la mayor parte de los adultos mexicanos que recibieron apoyo familiar fueron directamente de transferencias familiares, es decir por solidaridad tanto al interior del hogar como del exterior. Estas transferencias no sólo fueron dinero, también se dio y recibió apoyo emocional, cuidado personal y ayuda en especie como son ropa, alimentos y medicamentos, lo cual fue diferente en lo que reportaron los informantes del presente estudio. Así mismo, señaló que tanto los hijos que vivían fuera del hogar, como los copresidentes les daban dinero a sus padres, más a las mujeres que a los hombres 34.6 % y 32.9 % respectivamente.

Otro punto que señaló el autor fue la diferencia que se observó entre hombres y mujeres respecto a las fuentes de apoyo, en este

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

sentido reportó que el 67.5% de las mujeres mayores recibió dinero de los corresidentes mientras que para los hombres la proporción disminuyó al 47.0 %, situación que fue similar a lo manifestado por los entrevistados del presente estudio ⁽¹⁹⁰⁾.

Respecto al tipo de familia de los informantes, se encontró similitud con el estudio de Ronzón quién en el 2002 reportó los testimonios de una investigación cualitativo, bajo la tradición etnográfica, que realizó con 31 individuos mayores de 60 años de Tlacolulan, Veracruz, en el que observó que existieron tres tipo de ancianos: 1) los adultos abandonados con apoyo extradomiciliario; 2) los solos que no tenían apoyo; y 3) los que contaron con compañía y apoyo tanto intra como extradomiciliario. Así mismo, esa población señaló que sus hijos y sus nietos no tienen ninguna obligación de ver por ellos, a pesar de que socialmente en este lugar era mal visto que la familia los abandonara o ignorara cuando presentaban alguna enfermedad. Por otro lado, observó que los hijos que cuidaron de los padres lo hacía en agradecimiento por los cuidados y atención que recibieron de pequeños, o bien porque sus padres se encargaron de ver a los nietos ⁽¹⁹¹⁾.

Como se puede observar son escasas las investigaciones que se enfocan al paradigma cualitativo, el cual podría enriquecer los resultados respecto a este tema, ya que a través de éste se podría comprender el significado que tiene el apoyo familiar en esta etapa de la vida, condicionalmente porque el contexto familiar es un microsistema donde se desarrollan diferentes sucesos vitales en la vejez y donde la mayoría de los adultos mayores se sienten protegidos, seguros y emocionalmente estables.

10. CONCLUSIONES

Para desarrollar las conclusiones del estudio sobre creencias en vejez y salud, y su influencia en el uso de servicios en el primer nivel de atención a la salud, la mecánica que se desarrolla se apuntala en los siguientes rubros:

- En el primero rubro se presentan las conclusiones con respecto a la problemática de la investigación.
- En el segundo se da a conocer la importancia de indagar el estado del arte de las creencias sobre vejez, salud y el uso de los servicios de salud.
- El tercero se refiere a la utilidad de la Teoría Fundamentada para dar respuesta al problema y objetivo de la investigación.
- El cuarto y quinto se refieren las conclusiones de las creencias sobre vejez y salud.
- En el sexto da a conocer la influencia de las creencias en vejez y salud sobre el uso de los servicios de primer nivel de atención.

10.1 Como se pudo observar el envejecimiento demográfico en México es un hecho que ya no esta lejano, ya que también a éste País le han salido canas como al resto del Mundo, situación que deben considerar los organizadores que desarrollan políticas y programas para la atención de las personas mayores de 60 años, ya que el incremento de ésta población tiene repercusiones en el uso de los servicios de salud, debido a las múltiples patologías que presentan y a las creencias que esta población conserva respecto a la vejez y la salud.

Motivo por el cual también se deben tener en cuenta las creencias antes referidas, ya que éstas podrían influir significativamente en la toma de decisiones que tienen para utilizar los servicios de primer nivel de atención a la salud.

10.2 Las tradiciones cualitativas a través de las que se estudian las creencias en vejez, parten de las representaciones sociales y la etnografía, sin considerar la importancia de la Teoría Fundamentada.

Los estudios reportados de creencias en salud, enfatizan en la enfermedad y las conductas que desarrollan los individuos ante los procesos patológicos. Lo cual dificulta comprender las creencias vistas bajo la visión de los adultos mayores, ya que son reportadas a través de la perspectiva de personas que probablemente no se encuentran en este ciclo de vida.

La mayoría de las investigaciones tanto en creencias en salud como en vejez, son desarrolladas por sociólogos, antropólogos, psicólogos y médicos, siendo escasas las de la profesión de enfermería.

Así mismo, observa que las investigaciones respecto al uso de los servicios de salud, se llevan a cabo bajo un paradigma cuantitativo, a través de modelos que no permiten identificar la influencia de las creencias de la población sobre los tópicos antes señalados.

10.3 Respecto a la metodología utilizada se concluye que el paradigma cualitativo, a través de la Teoría Fundamentada, permite comprender las creencias en vejez y salud, desde el punto de vista de quiénes vivencian la realidad humana en la penúltima etapa del ciclo vital, a partir de los significados que han desarrollado a través de sus experiencias personales. Así mismo se reconoce que en esta etapa, se debe trabajar multi-inter y transdisciplinariamente, con el fin de abordar las diferentes esferas que integran al ser humano.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Por tal motivo se considera de vital importancia, la utilización del paradigma antes mencionado, ya que permite incrementar el conocimiento de las creencias que manifiestan los adultos mayores respecto a la vejez, la salud y su influencia con el uso de servicios para la salud del primer nivel de atención.

Así mismo, la teoría fundamentada permite estructurar un esquema para organizar las categorías y subcategorías pertinentes a los testimonios de los informantes.

No obstante, se concluye que se requiere de hacer más estudios cualitativos en México, ya que son escasos los que abordan las creencias sobre vejez, salud y el uso de servicios de salud de primer nivel de atención, además es necesario identificar el papel que juegan los factores psicológicos y sociales en estas creencias.

10.6 Posterior al análisis de las creencias sobre vejez que los informantes señalaron, se concluye que éstas enfatizan en: preámbulos del envejecimiento – sentimientos de soledad - evocación de muerte, las cuales no se asociaron al uso de los servicios de salud de primer nivel, ya que consideraron esta etapa de la vida como un proceso de enfermedad, declive funcional (del sistema músculo – esquelético) y deterioro en la cavidad buco – dental.

Sin embargo, los testimonios respecto a las creencias sobre vejez son contradictorios, ya que los informantes se ubican en ésta etapa con características de un ser productivo y activo, que les permite mantener su salud, status y rol en el entorno social donde se desenvuelven, de acuerdo a las vivencias y experiencias que han vivido.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Así mismo, las creencias se vislumbran en una etapa distante: la ancianidad, cargada de características negativas que el entorno social le atribuye, y que ellos igualmente comparten (sin considerarse ellos mismos en la etapa de la vejez), lo cual debe llamar la atención a los profesionales de la salud, en función de que la vejez no es una enfermedad, sino una fase por la que todo ser vivo ha de llegar.

Sin embargo, dichas creencias no solo se manifiestan en la etapa tardía de la vida, ya que se observa que los jóvenes y adultos también refieren que la vejez se caracteriza por discapacidad funcional, esto debe llamar la atención a los profesionales del área de la salud, ya que el deterioro físico, no solo se presenta por ser viejo, sino más bien se manifiesta cuando el adulto mayor cursa con múltiples patologías.

Respecto a los preámbulos del envejecimiento, se observa que el deterioro funcional del organismo ante la vejez, responde más a prejuicios, mitos e ideas erróneas, que a la realidad en sí porque socialmente al envejecimiento se le concibe, no como un proceso biológico normal sino como una enfermedad e improductividad que lo ubican como carga económica para jóvenes y adultos maduros, negándole ésta etapa como una más del desarrollo humano al establecerla como una período de pérdidas.

En relación al sexo femenino, se tiene que a cualquier edad la mujer corre mayor riesgo de opinar negativamente sobre esa etapa, tal vez porque siempre se le ha comercializado en los medios de comunicación como un icono de belleza, juventud y sensualidad, a través del prototipo de eterna juventud con el mensaje impreso "ser joven es ser aceptado" y cuando se llega a esta edad se es mamá o se es abuela.

Con respecto, al deterioro de la cavidad buco-dental se concluye, que los adultos mayores consideran que la pérdida de dientes y las alteraciones de la mucosa oral se deben principalmente a los hábitos higiénicos y nocivos que desarrollaron en etapas tempranas de la vida, lo cual debe llamar la atención al profesional de enfermería, ya que en los últimos años se observa que existe un número representativo de jóvenes que tienen la tendencia de fumar, lo que muy probablemente se verá reflejado en un futuro en su salud dental.

Respecto al sentimiento de soledad, se deduce que probablemente este se manifiesta por la falta de apoyo afectivo, lo cual demuestra que en la vejez, este tipo de apoyo es de mayor importancia que el económico o instrumental que proporciona la familia. Sin embargo, en la valoración del adulto mayor se observa un silencio de éste sentimiento, probablemente porque éste es juzgado penosamente, o bien por ellos mismos encuentran estrategias para afrontarlo.

Tocante a la evocación de muerte en la vejez, se concluye que la respuesta individual de la persona mayor frente a la vida y la muerte esta relacionada con: sentimientos de soledad, relaciones familiares y las propias experiencias sobre la muerte vividas. Así mismo, se observa que la muerte suele ser mejor aceptada en los adultos mayores que en otras edades, probablemente porque la consideran como una situación de tranquilidad al haber cumplido con sus responsabilidades en la vida o bien porque podría considerarse ésta fase como una liberación del posible deterioro o de la propia enfermedad, el final de una vida de lucha ante las preocupaciones y problemas o bien como un momento de afirmación de sus valores y creencias. De ahí, que esta población

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

tiende al acercamiento con su religión para lograr estar en paz consigo mismo.

Sin embargo, para intentar comprender la vejez y su proceso se debe tener un acercamiento al adulto mayor, quienes desde la riqueza de la naturaleza humana permiten conocer la etapa en la que están inmersos. Etapa y proceso absolutamente particular que se debe respetar y considerar, valorando los significados y creencias individuales, familiares, contexto, cultura y economía; en la que el adulto mayor se desarrolló y conforman el viejo de hoy.

10.6 Respecto a las creencias en salud se concluye que éstas se relacionan con las categorías de autopercepción de salud - aprendizaje de la misma - Funcionalidad Física - redes de apoyo familiar. Las cuales se asocian al uso de los servicios de salud de primer nivel, ya que los informantes consideran cuatro dimensiones de salud: la bio-fisiológica, la psicológica, la familiar y la de función física.

Las creencias en salud que reportan los informantes hicieron énfasis a las capacidades físicas y sociales que les permiten ser independientes en su contexto socio – familiar, lo cual es el reflejo de las experiencias personales que vivieron en épocas pasadas.

Por otro lado, se observa que la autopercepción de la salud buena se asocia al sexo femenino y a la edad menor de 70 años, lo cual probablemente se relaciona con el rol de cuidadoras que éste grupo continuó desarrollando en su núcleo familiar y a la funcionalidad física de independencia que mencionaron.

Cabe señalar, que la autopercepción que manifiestan los adultos mayores en el esquema del cuerpo humano, presenta relación

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

estrecha con las creencias que emiten respecto al deterioro orgánico y funcional en la vejez.

Otra de las conclusiones a las que se llega, considerando los testimonios en la categoría de aprendizaje de la salud, es que ésta se relaciona con las creencias en salud y con las experiencias vividas con seres queridos en etapas previas a la vejez, lo cual se debe considerar, ya que ésta población transmitirá sus vivencias y experiencias a sus descendientes.

Por lo que refiere a la funcionalidad física se concluye que ésta se relaciona con la autopercepción de la salud y las creencias en salud y vejez, en la cual los informantes reportan que el tener salud es ser independiente en el desarrollo de los quehaceres del hogar, y que la dependencia es sinónimo de enfermedad, lo que representa que si los adultos mayores no se reconocen personal o socialmente como personas productivas, entonces su valor disminuye.

Motivo por el cual manifiestan que aún tienen la capacidad para el cuidado tanto del hogar como de los hijos o nietos, lo cual les permite llevar una vida productiva, no solo en el sentido económico, sino más bien dentro del núcleo familiar.

Respecto a las redes de apoyo, se concluye que aunque los informantes expresan una satisfacción con las relaciones familiares, ellos creen estar solos la mayor parte del tiempo, por lo que es importante que Enfermería y otras Profesiones presten atención especial a ésta población, para evitar que pierdan su vida social e integración familiar, ya que éstas juegan un papel primordial en el bienestar psicológico y en la salud general del adulto mayor.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

Por tal motivo, se deben fomentar las relaciones principalmente fuera del área familiar, para evitar situaciones de estrés familiar, ya que esto se observa con frecuencia en nuestra sociedad, en unos casos porque la mujer tiene a la vez un papel de cuidadora informal de otro mayor, y en otros, porque los hijos dejan a los nietos bajo el cuidado de los mayores. Estos son aspectos fundamentales que podrían intervenir en la mejora o deterioro de la salud y el mantenimiento de la independencia de los mayores.

Así mismo, se considera que existe la tendencia de que sean las mujeres quienes generalmente proporcionan el apoyo a los adultos mayores, lo cual se puede deber a la educación que ha recibido de generación en generación.

Respecto a la subcategoría del tipo de apoyo, se concluye que ésta población precisa más del afectivo que del económico, ya que en esta etapa de la vida se requiere de ser escuchado y tomado en cuenta como miembro de una familia, no como un objeto más de una habitación, lo que repercute favorablemente en el bienestar psicológico y calidad de vida.

Finalmente se concluye que el aspecto vital más importante para los adultos mayores es, sin lugar a dudas, la salud, le sigue el sentimiento de soledad, la dependencia, al dolor y al sentimiento de inutilidad.

10.6 Con relación a la influencia de las creencias sobre vejez en el uso de servicios de primer nivel de atención, se concluye que estos son subutilizados por los informantes ya que consideran que los problemas antes mencionados forman parte del propio envejecimiento.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En relación a las creencias en salud, se observa que el uso de los servicios de primer nivel de atención se asocian a la autopercepción de la salud y al apoyo instrumental familiar, lo cual es de llamar la atención, ya que ésta población solo asiste cuando creen que su salud se encuentra en un desequilibrio o bien porque no pueden controlar la enfermedad en casa y cuando los hijos o hijas los llevan al médico.

11.Limitaciones para la realización del estudio.

Uno de los principales factores que limitaron el desarrollo de la presente investigación fue la falta de estudios de investigación cualitativa en México, para poder fundamentar los resultados obtenidos con población similar a la del estudio.

12.Sugerencias

Al concluir este trabajo de investigación se considera que independientemente de las limitaciones, la experiencia en el uso de la tradición cualitativa fue enriquecedora y satisfactoria, no solo porque implicó conocer una nueva metodología, sino porque representó un abordaje desde la perspectiva de los adultos mayores, lo cual dio la pauta para realizar las siguientes sugerencias para próximas investigaciones como:

- ~ Reconocer las creencias de las personas y compartirlas conjuntamente con el equipo multidisciplinario de la salud.
- ~ Realizar proyectos de investigación bajo el enfoque etnográfico, ya que este permitirá identificar como actúan los adultos mayores ante la vejez y la salud, según su pensamiento.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En relación a las creencias en salud, se observa que el uso de los servicios de primer nivel de atención se asocian a la autopercepción de la salud y al apoyo instrumental familiar, lo cual es de llamar la atención, ya que ésta población solo asiste cuando creen que su salud se encuentra en un desequilibrio o bien porque no pueden controlar la enfermedad en casa y cuando los hijos o hijas los llevan al médico.

11.Limitaciones para la realización del estudio.

Uno de los principales factores que limitaron el desarrollo de la presente investigación fue la falta de estudios de investigación cualitativa en México, para poder fundamentar los resultados obtenidos con población similar a la del estudio.

12.Sugerencias

Al concluir este trabajo de investigación se considera que independientemente de las limitaciones, la experiencia en el uso de la tradición cualitativa fue enriquecedora y satisfactoria, no solo porque implicó conocer una nueva metodología, sino porque representó un abordaje desde la perspectiva de los adultos mayores, lo cual dio la pauta para realizar las siguientes sugerencias para próximas investigaciones como:

- ☞ Reconocer las creencias de las personas y compartirlas conjuntamente con el equipo multidisciplinario de la salud.
- ☞ Realizar proyectos de investigación bajo el enfoque etnográfico, ya que este permitirá identificar como actúan los adultos mayores ante la vejez y la salud, según su pensamiento.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su Influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

En relación a las creencias en salud, se observa que el uso de los servicios de primer nivel de atención se asocian a la autopercepción de la salud y al apoyo instrumental familiar, lo cual es de llamar la atención, ya que ésta población solo asiste cuando creen que su salud se encuentra en un desequilibrio o bien porque no pueden controlar la enfermedad en casa y cuando los hijos o hijas los llevan al médico.

11.Limitaciones para la realización del estudio.

Uno de los principales factores que limitaron el desarrollo de la presente investigación fue la falta de estudios de investigación cualitativa en México, para poder fundamentar los resultados obtenidos con población similar a la del estudio.

12.Sugerencias

Al concluir este trabajo de investigación se considera que independientemente de las limitaciones, la experiencia en el uso de la tradición cualitativa fue enriquecedora y satisfactoria, no solo porque implicó conocer una nueva metodología, sino porque representó un abordaje desde la perspectiva de los adultos mayores, lo cual dio la pauta para realizar las siguientes sugerencias para próximas investigaciones como:

- ☞ Reconocer las creencias de las personas y compartirlas conjuntamente con el equipo multidisciplinario de la salud.
- ☞ Realizar proyectos de investigación bajo el enfoque etnográfico, ya que este permitirá identificar como actúan los adultos mayores ante la vejez y la salud, según su pensamiento.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

- ☞ Integrar en estudios próximos a población mayor de 80 años, ya que el presente estudio arrojó diferencias con respecto a la autopercepción de la salud, la soledad y las relaciones familiares.
- ☞ Trabajar interdisciplinariamente entre antropólogos, sociólogos y enfermeros la búsqueda de creencias sobre vejez y salud, ya que tienen visiones diferentes con relación a los adultos mayores.
- ☞ Elaborar trabajos de investigación sobre la perspectiva que tienen los diferentes tipos de adultos mayores (sanos, enfermos y geriátricos respecto a la evocación de muerte, soledad y salud), así como en las creencias respecto a la salud buco dental.
- ☞ Considerar la visión de la vejez en diferentes grupos de edad, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico, ya que en el presente trabajo se observaron diferencias en la literatura y lo señalado por los informantes.

REFERENCIAS

1. CONAPO. El Proceso de Envejecimiento en el Mundo. México: CONAPO/DIF: Series Sociodemográficas del Envejecimiento. 1995.
2. Centro de Información de las Naciones Unidas para España. El envejecimiento de la población mundial: Una revolución demográfica. . [en línea] [mayo del 2005]. Disponible en: <http://www.onu.org/temas/edad/graficos.htm>
3. World Population Prospect. The Sex and Age Distribution of the World Populations: 1998 Revision, Vol II, Publication Scientific No. No. E.99.XIII.8. Nations Unites.
4. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Vol. 1, Publicación Científica No. 524. Washington DC, 1990.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los ancianos, una preocupación de la OPS. Washington: OMS/OPS. 1992: 3-4.
6. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000. Boletín Epidemiológico: Organización Panamericana de la salud. 21 (4): Diciembre 2000.
7. Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. CONAPO. La situación demográfica de México, 2002. México. CONAPO. 2002.
8. Zúñiga H E, García L J, Partida B V. Mortalidad de la población de 60 años o más. CONAPO. La situación demográfica de México, 2003. México: CONAPO. 144-154.
9. Partida B V. Perspectiva demográfica del envejecimiento en México. En: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO. 1999. 33-39.

10. INEGI. "Estadísticas a propósito del día Internacional de las personal de edad". Datos Nacionales. México. INEGI. 2005.
11. Negrete S M. El envejecimiento poblacional en la Ciudad de México: evolución y pautas de distribución espacial entre 1970 y 2000. [en línea] [mayo del 2003]. Disponible en: papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev37/pdf/negretes37.
12. Kalache A, Coombes Y. Population Aging and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews of Clinical Gerontology* 1995; 5:347-355.
13. Loewy M. La vejez en las Américas. *Perspectivas de Salud /OPS* 2004; 9 (1); 10-14.
14. Ham Ch R. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México* 1996; 38(6): 409 - 418.
15. Castro V, Gómez D H, Negrete S J, Tapia C R. Las enfermedades clínicas en personas de 60-69 años. *Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 438-447.
16. Lara R M. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. *Problemas y Programas del adulto mayor*. México: OMS/OPS. 1997: 137-151.
17. Organización Mundial de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. *Bol Of Sanit Panam* 1986; 101 (2): 186-187.
18. Organización Panamericana de la Salud. Formulación de políticas integrales para las personas mayores de América Latina: Conceptos Básico. En: Organización Panamericana de la Salud. *Problemas y Programas del adulto mayor*. México: OMS/OPS. 1997. 91-115.

19. Ham Ch. R. Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. [en línea] (Enero, 2005). Disponible en: redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Bibliografía/.../Esperanzas_vida.pdf
20. Programa Nacional de Salud 2001 - 2006. En donde estamos: la salud y los servicios de salud en México. México: Secretaría de Salud. 2000.
21. Rodríguez G R. Fortalece el Instituto sus programas de atención integral a la vejez. Bol Of ISSSTE. Enero 29, México: ISSSTE. 2002.
22. Instituto Nacional de la Senectud. Memoria de Gestión 1988-1994. México: INSEN. 1994.
23. Borges Y S, Gómez D H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública Mex 1998; 40:13-23.
24. Pacheco R A, Herrera B E; Sánchez A R; Santibáñez F M; Martínez P X; Fernández O M. Utilización de los servicios de salud por población anciana. Fac Med (Mex) 2001; 44 (6): 239-243.
25. Durán A L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. Salud Pública Mex 1996; 38: 501-512.
26. Vázquez M. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. Inv y Educ Enf 2001; 19(1): 120-130.
27. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. México: Masson. 1996: 3 – 17; 45; 101-109.
28. Tarres Ch S. El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaceta Antropológica. 2001: 17: 15-17.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

29. Álvarez B J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial. México: Trillas. 2002: 14-16.
30. Guibert R W, Grau A J, Romero P T, Prendes L M, Chacón M. Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (2): 186-193.
31. Bueno G. El concepto de creencias y la idea de creencias. crítica del Presente: El Catoblepas [Serie en red] 2002 [Junio del 2001]; 10: Disponible en: <http://www.nodulo.org/ec/2002/n010p02.htm>
32. Fajardo O G. Las necesidades del Adulto Mayor, su Familia y la Teoría de Maslow. En: Organización Panamericana de la Salud. Problemas y Programas del adulto mayor. México: OMS/OPS. 1997: 1-7.
33. Anzola P E. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Washington: OMS/OPS Serie Paltex No. 31. 1993: 7.
34. Babb S P. Enfermería Gerontológica: Campo de Práctica. *Des Cient Enf* 1994; 2 (83): 14-18.
35. Babb S P. Manual de Enfermería Gerontológica. México: Interamericana. 1998: 1- 5.
36. Altares G R. Salud Pública en México. México: Interamericana. 1983: 21-75.
37. Martínez A F. Tópicos selectos en Geriátría (Academia 2). México: UNAM Series Monográficas. 1998: 71.
38. Nicola P. Geriátría. México: Manual moderno. 1985: 1-16.
39. Guillen LI M. Patología del envejecimiento. En: Guillen LI M, Pérez del Molino M J. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Barcelona: Masson. 1994: 39.
40. Duffy M. Determinants of health-promoting lifestyle in older person. *IMAGE: Journal of nursing* 1993; 25 (1): 23-28.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

41. Walker S N, Volkan K, Sechrist K, Pender N. Health-promoting life styles comparisons with young and middle – age adult, correlates and patterns of older adults. *Advances in Nursing Science* 1988; 11 (1): 76-90.
42. Stillman M J. Women's health beliefs about breast cancer and breast self – examination. *Nursing Research* 1977; 26 (2): 121-127.
43. Strawbridge W, Camacho T, Cohen R, Kaplan G. Gender differences in factors associated with change in physical functioning in old age: A 6 year's longitudinal study. *The Gerontologist* 1993; 33 (5): 603-609.
44. Monchietti A. La representación social de la vejez. [Tesis Doctoral en Psicología]. Argentina: Facultad de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata. Marzo 2004.
45. Monchietti A. Representaciones sociales que inciden sobre las formas de envejecimiento femenino. Conferencia. IV Reunión de antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001. Curitiba Brasil.
46. Griselli S. La plenitud. [monografía en Internet] Argentina: Facultad de psicología y ciencias sociales; 2002. [citada junio 2004]. 22 Pág. Disponible en red: http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologia/public_5.htm
47. Marín M, Troyano Y, Vallejo A. Percepción social de la vejez. *Mult Gerontol* 2001;11(2): 88-90.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

48. Fornós Esteve, M. El estereotipo social de la vejez. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: Octubre, 2004]; Conferencia 13-CI-G: [6 pantallas]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm.
49. Lolas S F. La vejez como etapa vital: Consideraciones Bioéticas. Chile: [En red] Gerontología, [citado Octubre, 2004]. 5 Pág. Disponible en:
http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_4.htm
50. Moñivas A. Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). Anales de psicología 1998; 14 (1): 13-25.
51. CIS-IMSERSO. La soledad de las personas mayores. España. IMSERSO. Febrero 1998.
52. Fernández L. Reyes L. La vejez y su Representación Social: Estudio de casos. [serie en red] 2002 [citado en agosto 2004]; 28. Disponible en:
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG012_Gastron.pdf
53. Gastron L, Vujosevich J, Andrés H, Oddone M. La vejez como objeto de las representaciones sociales. Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán 2002; 11 (12): 31- 42.
54. Vásquez P. F. Hacia un acercamiento y comprensión de la ancianidad en Veracruz. En: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México: CONAPO. 1999: 74 – 84.
55. Gómez D. H. Páginas de salud pública. Rev. Salud Pública de México. 2000; 42 (1); 420 – 421.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

56. Bosca G. La imagen social de la vejez. Boletín informativo del Programa de desarrollo integral del adulto mayor. [serie en red] 2002 [citado en agosto 2004]; 24. Disponible en red: <http://www.fundacion.org.mx/pdf/atardecer200212.pdf>.
57. Rodríguez G R, Morales V J, Encinas R J, D'Hyver W A, Trujillo Z. Cultura popular del envejecimiento. En: Rodríguez G R, Morales V J; Encinas R J; D'Hyver W A; Trujillo Z. Geriatria. México: Mc Graw – Hill. 2000: 342 – 343.
58. Vargas D E. Percepción sobre ser "viejo" Tiempo: El portal de psicogerontología [serie en Internet]. 2003 Jun. [Citado Feb 2005]; 13: [9 p]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo13/percepcion.htm>
59. Harman D. Aging: a theory based of free radical and radiation chemistry. J Gerontol 1956; 11: 298-300.
60. Rubio S E. Teorías del envejecimiento. En: Martínez A F. Tópicos de Gerontología. (Academia 2). México: Series Monográficas Científicas de la FES Zaragoza, UNAM. 1998: 19 – 33.
61. Nohl H. Involvement of free radicals in ageing: a consequence or cause of senescence. Free Rad Med 1993; 49(3): 653-667.
62. Pardo A G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Cubana Invest Biomed [serie en línea]. 2003 Enero – Marzo [Octubre; 2004]; 22(1): [10 p.] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibisu103.htm
63. Leventhal H, Leventhal E A, Schaefer P M. Vigilant Coping and Health Behavior. En: Ory M G, Abeles R P, Lipman P D. (eds.) Aging, Health, and Behavior. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. 1992: 109-140.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

64. Clarke V A, Lovegrove H, Williams A, Machperson M. Unrealistic optimism and the health belief model. *Journal of Behavioral Medicine* 2000; 23 (4): 367-376.
65. Hsu H, Gallinagh R. The relationships between health beliefs and utilization of free health examinations in older people living in a community setting in Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 35 (6): 864-873.
66. Brownell A C. The effect of health beliefs on health – promoting behavior in the rural elderly. [Doctor of Philosophy in Nursing]. Canada: School of Binghamton University: New York; 2002.
67. Ali N S. Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the Health Belief Model. *Women Health* 2002; 35 (1): 83-96.
68. Lucumí D I, Cabrera G A. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colombia Médica* 2003; 34 (3): 111-118.
69. Goldring A B, Taylor S E, Kemeny M E, Anton P A. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology* 2002 May; 21 (3): 219-228.
70. Islas P P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. *Enf Clín* 2004; 14 (3): 152-156.
71. Abellán G A. Por qué los mayores no utilizan la ayuda formal (y 2) Multi. *Gerontol* 1999; 9: 183- 187.
72. Steven P W, Enríquez H V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Panam Salud Pública* 2000; 10 (1): 18 – 28.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

73. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 1997; 39 (6): 546-553.
74. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del cuánto al porqué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997; 39 (6): 442-450.
75. Torres M. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: representaciones sociales. *Dossier* 2002; (2): 35-44.
76. Castellanos R J. Las políticas de atención integral de los ancianos. En: Organización Panamericana de la Salud. *El adulto mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médicos sociales*. México: OMS/OPS. 1995: 45-78.
77. Tapia V J. Los ancianos y las políticas de los servicios en América Latina y el Caribe. En: Anzola P E, Galinsky D, Morales M F, Salas R A, Sánchez A M. *La atención de los ancianos: Un desafío para los años 90*. Washington: OMS/OPS. 1994: 19-33.
78. Rodríguez G R. Programa de Envejecimiento en el ISSSTE. México. En prensa 2001.
79. Benjumea C. Características de la Investigación Cualitativa y su relación con la enfermería. *Inv y Educ en Enfermería* 1997; 15 (2): 13-24.
80. Swanson, J, y Chenitz W, C. Why Qualitative Research in Nursing? *Nursing Outlook* 1982; 30 (4): 241-245
81. Rosenstock I M. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Q* 1966; XLIV (3): 94-127.
82. Rosenstock I M, Strecher J V, Becker H M. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 1988; 15 (2): 175-183.

83. Strecher J V, Rosenstock M I. The Health Belief Model. En: Glanz K, Frances ML. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 2a. Ed. San Fco. California: Hand Book Printing. 1997: 41-49.
84. Morse J M. Qualitative Health Research. Newbury Park: SAGE. 1992.
85. Morse J M. Designing Founded Qualitative Research. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks. SAGE. 1994: 220-235.
86. Leininger M. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. Canada: National League for nursing. 2001: 5-71.
87. Leininger M, Mc Farland M. Transcultural Nursing: Concepts, theories, research and practice. 3ª. Ed. United Stated of America: Mc Graw – Hill. 2001: 45-96.
88. Fawcett J. Leininger's theory of culture care. Diversity and Universality. En: Fawcett J. Analyses and evaluation of contemporary. Nursing knowledge: Nursing Model. Philadelphia: Fc. Davis. 2000: 511-524.
89. Moscovici S. Psicología Social. Barcelona: Paidós. 1986.
90. Cáceres D, Silvetti F, Soto G, Ferrer G. Las Representaciones Tecnológicas de Pequeños Productores Agropecuarios de Argentina Central. Desarrollo Rural y Cooperativismo Agrario 1999; 3: 57-79.
91. Jodelet D. La representación social: fenómenos conceptos y teorías. En Moscovici S. Psicología Social. Buenos Aires: Paidós. 1986.
92. Moñivas A. Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento. Anales de Psicología. 1998; 14 (1): 13-25.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

93. Glaser B G. Naturalist Inquiry and Grounded Theory. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [serie en línea] Octubre, 2003 [citado 2004 Sep 23]; 5(1): [68 paragraphs]. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-04/1-04glaser-e.htm>
94. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. 1998: 3-16.
95. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Canadá: Internacional Institute for Qualitative Methodology. 2001: 8-11.
96. Natera G, Mora J. La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En Mercado M F; Torres L T. Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica. México: Universidad de Guadalajara. 2000: 73-95.
97. Strauss, A. and Corbin, J. Grounded Theory Methodology: an Overview. En: Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA: SAGE. 1994: 273-285.
98. Amescua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Esp Salud Pública 2002; 76 (5): 423-436.
99. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987.
100. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Los derechos humanos y la enfermería. 1992.
101. Código de ética de los profesionales en enfermería [monografía en Internet]. Provincia de Santa Fe [citada junio 2004]. Disponible en: <http://www.fape.org.ar/eticasantafe.htm>

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

102. González A J. Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y educación para la salud en el envejecimiento. 2ª Ed México: Costa – Amic Editores. 1988: 28-30.
103. Fry C L. Commentary: Kindred and Kin: The First and Last Source of Support. En: Bengtson V L, Schaie K W, Burton L. Adult Intergenerational Relations: Effects of Societal Change. New York: Springer Publishing Company, Inc. 1995: 119-125.
104. Fry C L. Age, Aging, and Culture. En Binstock R H, George L K. Handbook of aging and the social sciences, 4th edition. London: Academic Press Limited. 1996: 117-136.
105. Piñón P M. Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación. [Tesis doctoral en Antropología]. España: Universitat Rovira i Virgili. Departament d' Antropologia Social i Filosofia de la Facultat de Lletres. Septiembre 1999.
106. Hernández G E. Representaciones Sociales de los Ancianos sobre el Proceso Salud – Enfermedad – Atención. X Congreso de Investigación en Salud Pública. 1 al 7 de marzo 2003. [Citado: Noviembre 2004]; Conferencia TL154: [22 pantallas] Disponible en: <http://www.insp.mx/xcongreso/libres.php>.
107. Ronzón H. Z. El anciano ante la falta social y de salud. En: Vázquez P. F. Contando nuestros días: un estudio antropológico de la vejez. México: CIEASAS; 1993: 59 – 87.
108. Tarres Ch S. Vejez y sociedad multicultural. Gaceta de Antropología 2002; 18: 5 – 18.
109. Gómez J, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Diciembre 2002; 100: 21-23
110. García H M, Torres E M, Ballesteros P E. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson – Salvat. 1993: 9 – 13.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

111. Morales M F. Aspectos biológicos del envejecimiento. En: Anzola P E, Galinsky D, Morales M F, Salas A R, Sánchez A M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. México: OPS. 1994: 45 – 55.
112. Rodes T J, Guardia M J. Biología del envejecimiento. España: Masson. 1997: 3472- 3475.
113. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriatria. España: Salvat. 1990: 1-17.
114. Gutiérrez R L. Concepción holística del envejecimiento. En: Anzola P E, Galinsky D, Morales M F, Salas A R, Sánchez A M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. México: OPS. 1994: 34 – 41.
115. Dabed M A. Representaciones Sociales del Envejecimiento en paramédicos mayores de 55 años de un establecimiento de Salud Pública. Tiempo: El portal de psicogerontología [serie en Internet]. 2004 Oct. [Citado Feb 2005]; 15: [15 p]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/mena.htm>
116. Marín Z D. Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. Asoc. Colom Gerontol Geriatr 2002; 16 (2): 363 – 368.
117. Jiménez F J, Esquivel H R, González-Celis R A. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. ADM 2003; LX (1): 19-24.
118. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General. Resumen Ejecutivo. Rockville M D. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

119. Vargas E. L. Diagnóstico de las necesidades en una población de ancianos de los Reyes la Paz, Estado de México. [Tesis Licenciatura en Enfermería]. México: ENEO-UNAM. 2000.
120. Berenguer G M, Villares P O, Couso S C, Pérez R A. La Gerodontología en el Consejo Popular "Los Maceo". Policlínico Docente "Dr. Carlos J. Finlay" MEDISAN 2001; 5(1):20-24
121. Caballero G F. Problemática dental en la vejez. Geriatrika 1996; 12 (1): 13 – 18.
122. Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 199-203.
123. Mondelli M. La Soledad [Monografía en Internet]. Argentina: Consultaría vivir mejor; [Citado 2005 Enero 18]. Disponible en: <http://cablemodem.fibertel.com.ar/vivirmejor/prodserv1/41141.shtml>
124. CIS - IMSERSO. La soledad de las personas mayores. Boletín sobre el Envejecimiento. España: IMSERSO. 2002.
125. Doublas L J. El fenómeno de la soledad residencial en la vejez. Conferencia presentada en: Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile
126. Rubio R, Alexandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Mult Gerontol 2001; 11 (1): 23-28
127. Monchietti A, Pioletti P. Estudio de la representación social de la vejez en la comunidad gitana marplatense. Tiempo: El portal de psicogerontología [serie en Internet]. 2002 Jun. [Citado Feb 2005]; 10: [6 p]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo>

128. Viguera V. La idea de muerte propia en los Adultos Mayores Seminario: Temas de psicogerontología [serie en Internet]. 2000 Jun. [Citado Feb 2005]; Tema 6: [8 p]. Disponible en: <http://edupsi.com/pgl/>
129. Maqueo V M. El papel de la enfermera en la tanatología. Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000; 8 (1-4): 69-73
130. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. Gac Méd Méx 2001; 137 (3) 268 – 276.
131. Perusquia M. El proceso de morir. Longevidad Mayo 2000: 52 – 26.
132. Kübler-Ross E. Questions and answers on death and dying. Mc Millan Publishers Co, New York. 1974: 53:153.
133. Montoya H J. Los ancianos ante la cercanía de la muerte. Investigación y Educación en Enfermería 2003; 21 (1): 78 – 85.
134. Shin K R, Cho M O, Kim J S. The meaning of death as experienced by elderly women of a Korean clan. Qual Health Res. 2005 Jan; 15 (1): 5-18.
135. Wagner K D, Lorion R P. Correlates of death anxiety in elderly persons. J Clin Psychol. 1984 Sep; 40 (5): 1235-1241.
136. Reker T G, Peacock J E, Wong T P. Relación entre el significado - propósito de vida y el bienestar: un enfoque de principio a fin. [Pagina en Internet]. España [Citada Feb 2005]. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad31.htm>
137. Hernández A M, Valdez M J. Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. Ciencia Ergo sum [Serie en Internet]. Julio – Octubre 2002; 9 (2); [6 p]. Disponible en: <http://ergosum.uaemex.mx/julio02/valdez.html>

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

138. Isla M B. Percepción de la muerte a lo largo de la vida [Monografía en Internet]. Universidad de Temuco, Chile; Sep 2000 [Citado Feb 2005]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/permu/permu.shtml>
139. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Conferencia Internacional, 1986.
140. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. (Series de informes técnicos 706). Ginebra; 1984.
141. Piñón P M. Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación. [Tesis doctoral]. Universitat Rovira i Virgili. Departament d' Antropologia Social i Filosofia de la Facultat de Lletres. Septiembre 1999.
142. Bryant LI, Corbett K K, Kutner J S. In their own words: a model of healthy aging. Soc Sci Med. 2001 Oct; 53: 927-41
143. Gómez C S, Medina M M, Quenza G A. Prácticas y Creencias en Salud de los ancianos del Municipio de Arauca. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de, Bogota. Carrera de Enfermería. 2002.
144. Isla P. P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. Enf Clín 2004; 14 (3): 152 – 156.
145. Pérez C C. Criterios de salud en mujeres de diferentes edades. Cubana Med Gen Integr 2004; 1: 10-16.
146. López B M. Geriatria, no importan los años. El envejecimiento se rodea de falsas creencias que revierten en peores cuidados. El mundo. [serie en línea] 1996 [Junio; 2003]. 266: [dos páginas]. Disponible en: <http://www.el-mundo.es/salud/1997/266/01642.html>
147. Indicadores de Salud de los Adultos Mayores en México. Rev Salud Pública 1996; 38 (6): 545.

148. Castellanos R J. Las políticas de atención integral de los ancianos. En: Organización Panamericana de la Salud. El adulto mayor en América Latina, Sus necesidades y sus problemas médicos sociales. México: OMS/OPS. 1995: 45 – 78.
149. Encuesta Nacional de Canarias. Autopercepción de la salud. 1997.
150. Gómez F J, Curcio C, Orjuela J, Ramírez J. Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo. Colombia Médica 1998; 29: 121-24.
151. Chan K M, Pang W S, Ee CH, Ding Y Y, Choo P. Self-perception of health among elderly community dwellers in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1998; 27: 461-467.
152. Melendez H M, Montero H R, Jiménez S C, Blanco M L. Self-perception of health in non-institutionalized elderly. Aten Primaria 2001; 28: 91-96.
153. Mendelson C. Health perceptions of Mexican American women. J Transcult Nurs. 2002 Jul; 13 (3): 210-217.
154. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá, S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit 2001; 15 (3): 217-223.
155. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. Rev. Health Rep. 2001; 13(1):35-52. Disponible en red: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15069807
157. Abellán A. Longevidad y Estado de Salud, España: IMSERSO. 2002. en red: Noviembre 2004. disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informacion/info_rme2002/

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

158. Castelblanque V, Albert Cuñat. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (II). *Medicina General* 2002; 46: 559-583
159. Borges Y S, Gómez D H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 13-23.
160. Vargas E. L. Diagnóstico de las necesidades en una población de ancianos de los Reyes la Paz, Estado de México. [Tesis Licenciatura]. México: ENEO-UNAM. 2000.
161. Organización Mundial de la salud. Hombres, Envejecimiento y Salud: Conservar la salud a lo largo de la vida. OMS: Ginebra. 2001: 21 – 25.
162. Bandura A. Self-efficacy. In *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New York: Prentice Hall, Englewood Cliffs. 1997.
163. Gilabert M M. Aprendizaje Social de Albert Bandura. España: Universidad de Valencia; 2004: 1 – 13.
164. Baranowski T, Perry C L, Parcel G S. How individuals, environmental, and health behavior interact: Social cognitive theory. In: Glanz K, Lewis F M, Rimer B K. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2a. ed. San Francisco: Jossey – Bass Publisher. 1997: 153.
165. Indicadores de Salud de los Adultos Mayores en México. *Salud Pública* 1996; 38 (6): 545.
166. Salgado A A, González M J. "Importancia de la valoración Geriátrica" en: Salgado A A, Alarcón A T. "Valoración del paciente anciano". Barcelona: Masson. 1993: 1-18.

167. Morales M F. Evaluación Integral del Anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OMS/OPS, Publicaciones científicas 5461994. 1999: 74 – 77.
168. Kane R A, Kane R L. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Barcelona: S.G. editores Fundación Caja de Madrid. 1993: 1-2; 25-55; 69-127; 154-169.
169. Alarcón A M, González M J, Salgado A A. Valoración Funcional del paciente anciano. En: Salgado A. Alarcón A M. Valoración del paciente anciano. Madrid: Masson. 1993: 47 – 68.
170. Moss M P, Roubideaux Y D, Jacobsen C, Buchwald D, Manson S. Functional disability and associated factors among older Zuni Indians. J Cross Cult Gerontol 2004; 19:1-12.
171. Zimmer Z, Chayovan N, Lin H, Natividad J. How Indicators of Socioeconomic Status Relate to Physical Functioning of Older Adults in Three Asian Societies. Research on Aging 2004 26: 224-258.
172. Hanne N, Gaist D, Jeune B, McGue M, Vaupé J, Christensen K. Functional Status and Self-Rated Health in 2,262 Nonagenarians: The Danish 1905 Cohort Survey. Journal of the American Geriatrics Society 2001; 49 (5) 601.
173. Partridge C, Johnston M, Morris L. Disability and health: perceptions of a sample of elderly people. Physiother Res Int 1996; 1: 17-29.
174. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2004. 8ª. Ed. México. INEGI. 2004
175. Organización Mundial de la Salud. Healthy aging. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1990.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

- 176.** Radl P R. Transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez: el caso de las relaciones familiares actuales entre abuelas, abuelos y nietas y nietos. *Papers. Sociología* 2003; (70): 117 – 134.
- 177.** Martínez G. Las relaciones interpersonales en el marco de la familia: algunas reflexiones metodológicas. *Anuario de Psicología* 1996; 73: 19-29.
- 178.** Barros L C, Muñoz M M. Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor. Conferencia presentada en: Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile.
- 179.** Domínguez G T, Espín A M, Bayorre V H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Cubana Med Gen Integr* 2001; 17 (5): 418-422
- 180.** Fees B S, Bradshaw M H. PATH across the generations: older adults' perceptions on the value of intergenerational contact. *Care Manag J* 2003; 4(4): 209-215.
- 181.** Cardona A D, Estrada R A, Agudelo G H. Aspectos subjetivos del envejecimiento: Redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y Educación en Enfermería* 2003; 21 (2): 80 – 91.
- 182.** Concha A, Olivares L, Sepúlveda M. Redes sociales en la tercera edad. [Monografía en Internet]. Universidad del Desarrollo Facultad de Psicología, Concepción, Chile, *Psicología del Desarrollo III*, 2005. [Febrero 15 2005]. Disponible en: <http://www.geocities.com/Heartland/Farm/8810/investig/redes3.html#intro>
- 183.** Vásquez P F. Contando nuestros días: Un estudio Antropológico sobre la vejez. México: CIESAS. 2002. 38 – 39.

Creencias sobre Vejez y Salud en Adultos Mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención.

- 184.** Montes de Oca V. Relaciones Familiares y relaciones sociales. En: CONAPO. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México. CONAPO. 1999; 292 – 315.
- 185.** Marín M. C. Relaciones Familiares. [Monografía en Internet]. Veracruz, México; 2005 [Febrero 15 2005]. Disponible en: <http://vejez.galeon.com/page5.html>
- 186.** Guzmán J M, Huenchuan S, Montes de Oca V. Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores. En: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2002: 23 – 31.
- 187.** INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO. 1995.
- 188.** Escudero S M, Salan G M, Pérez J A, González L E, Sánchez G F, Fernández C N, López M I, López L M. Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. Mult Gerontol 1999; 9: 154-160.
- 189.** Zavala G M, Castro S M, Vidal G D. Características Sociodemográficas de los Cuidadores de Ancianos. Conferencia presentada en: Cuarto Congreso Chileno Antropología 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile.
- 190.** Hamm Ch R. Calidad de vida y redes de apoyo social en las personas de edad avanzada en la Ciudad de México. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2002.
- 191.** Ronzón H Z. El anciano ante la falta de asistencia social. En: Vásquez P. F. Contando nuestros días: Un estudio Antropológico sobre la vejez. México: CIESAS. 2002. 59 – 87.

ANEXO 1

Entrevista de Creencias sobre Vejez y Salud, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención

Objetivo: Identificar las creencias de vejez y salud de los adultos mayores que inciden en el uso de los servicios de salud de Primer nivel de atención.

AGEB NO.

No. de Entrevista:

I. Datos de Identificación

Nombre

Edad:

Género:

Estado civil:

Religión:

Sabe leer y escribir:

Escolaridad:

Lugar de nacimiento:

Ocupación actual:

Ocupación anterior:

Derechohabiente de:

Cuál es su domicilio:

Lugar de Procedencia

II. Creencias sobre la vejez

1. Qué opinión tiene de la vejez.
2. Como describe usted la vejez.
3. A que edad considera que se es viejo.

IV. Creencias sobre la salud

4. Qué entiende usted por salud
5. Como define su estado de salud actual.
6. En donde aprendió usted la salud.
7. Usted que opina de la salud en la vejez.
8. Como se imagina a un anciano sano.

IV. Aspectos Familiares.

9. Ha convivido o convivió con algún adulto mayor.
10. Actualmente vive usted con algún familiar.
11. Que parentesco tienen.
12. Cómo describe la relación que tiene usted con la familia que convive
13. Qué apoyo recibe de su familia.

V. Uso de servicios de salud

1. Ha utilizado en el último año la clínica del ISSSTE
2. En que momento acude a la clínica.

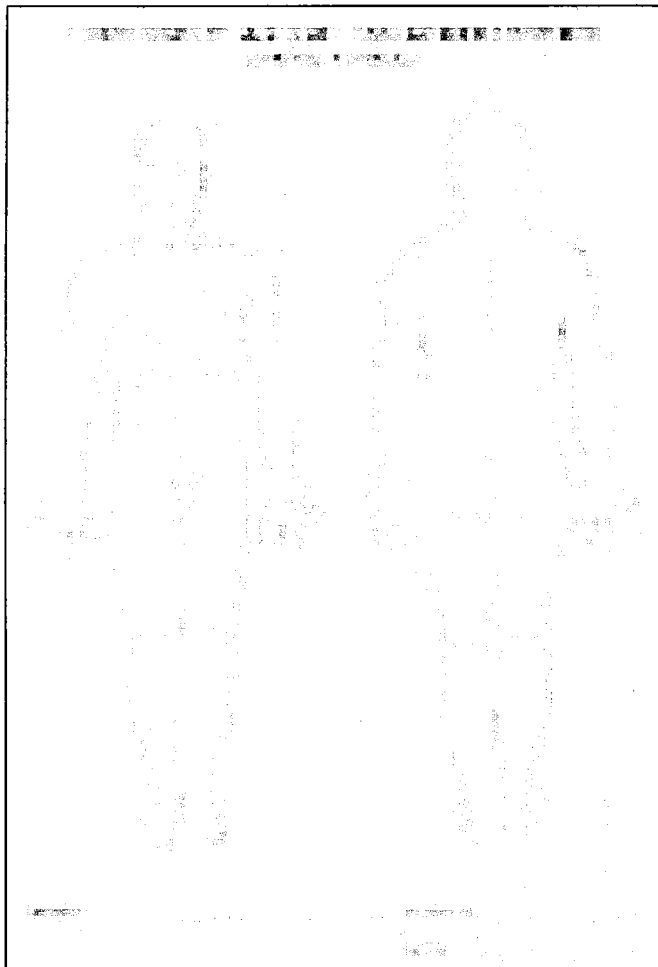
Entrevistador

Fecha

ANEXO 2

Esquema de Autopercepción de la salud en el Adulto Mayor

Instrucciones: En el siguiente dibujo marque con el color correspondiente el estado de salud en que se encuentran los diferentes órganos de su cuerpo. Por favor no omita ninguno de los órganos.



Dolor  **Disminución**  **Perdida** 

Sano  **Debilidad** 