



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES EN UN
PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD QUE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA:

MA. CRUZ SOLIS CAMARILLO

TUTORA

**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

CIUDAD DE MÉXICO, abril 2018.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

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 **22 de marzo del 2018**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **Ma. Cruz Solís Camarillo** número de cuenta **099622040**, con la tesis titulada:

“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD QUE PROMUEVEN EL AUTOCUIDADO”

bajo la dirección de la Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez

Presidente : Doctora Martha Lilia Bernal Becerril
Vocal : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez
Secretario : Maestra Beatriz Carmona Mejía
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Suplente : Doctor Luis Alberto Regalado Ruíz

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 03 de abril del 2018.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

RECONOCIMIENTOS

- A la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo la casa máxima de estudios, es un orgullo pertenecer a ella, por darme las facilidades y herramientas necesarias para mi formación, por respetar mi intelecto, mis saberes, por abrirme las puertas para lograr este gran sueño de pertenecer a esta reconocida institución, por creer en mí y permitir concluir mis metas profesionales.
- Al Programa de Maestría en Enfermería y entidades que la integran, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Facultad de estudios superiores Zaragoza, entidades que siempre se mantuvieron dispuestas brindando los recursos necesarios para contribuir en este proceso de formación.
- A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, institución que reconozco por brindarme todas las facilidades para mi formación y por ser la entidad que me abrió las puertas de trabajo, en especial a la carrera de enfermería por contar con el talento directivo sensible y preparado para brindar el apoyo y creer en la inversión para la educación de sus profesores.
- Al Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico (PASPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México, quién me otorgo una beca económica que contribuyo para concluir mi proceso de formación, permitiendo la realización de este trabajo de tesis, asimismo con la culminación de estudios de maestría que es significativo para mi vida profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez, mi directora de tesis, doctora, amiga a quien quiero mucho, por guiarme paso a paso hasta la culminación de este proyecto, además de compartirme sus valiosas aportaciones, su acompañamiento, por todos los conocimientos compartidos, por el tiempo dedicado para mi formación como futura maestra y sobre todo por confiar y creer en mí, aprovecho para expresar mi admiración por su trayectoria docente, por ser ejemplo a seguir y por participar en tan maravillosa labor. También agradezco esa enorme preocupación no solo por asegurar un buen trabajo de investigación, sino además de buscar espacios para su difusión y con ello contribuir a la ciencia.

A la Dra. Martha Lilia Bernal Becerril, por su apoyo y guía para la culminación de este trabajo, por compartir todos sus conocimientos, por tener confianza en mí, y dar su tiempo para el crecimiento de los alumnos, por su apertura, sencillez y dedicación en la revisión de los trabajos, reconozco su labor docente, al guiar el proceso de enseñanza aprendizaje, logrando en mí transformar mis conocimientos hacia un aprendizaje significativo.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez. Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, por darme la oportunidad, creer en mí, excelente ser humano con grandes virtudes y como coordinadora siempre pendiente de nuestras necesidades en todos los aspectos durante este proceso de formación, por ese acompañamiento cálido asegurando un alto nivel educativo.

A todos mis profesores que contribuyeron en mi proceso de formación, dentro del programa de maestría en enfermería, que, si bien no menciono los nombres de cada uno, están presentes con sus conocimientos que compartieron y tiempo que dedicaron en ese proceso de enseñanza aprendizaje, el cual se ve reflejado en este trabajo que estoy concluyendo y terminación de estudios de maestría.

A la Lic. Chichen a cargo del Programa PASPA en la Facultad de estudios Superiores Iztacala, quien se mantuvo en todo momento pendiente de las necesidades de apoyo en la gestión y orientación en trámites de la beca en tiempo y forma, contribuyendo así en la conclusión de mis estudios de la maestría.

Al ISSSTE CMF Marina Nacional primer nivel de atención y a las autoridades en turno, las directoras Dra. María Luisa Villaseñor, Dra. María Leonor Robles Lanche, al Dr. Carlos Centurión Vigil jefe de enseñanza, a la jefe de enfermeras E.E. Josefina Medina Paniagua y a las enfermeras colegas destacadas a cargo de los módulos de geriatría, programa MIDE, trabajo social y al activador físico, por todas las facilidades otorgadas para el desarrollo de este estudio.

A todas mis compañeras y compañeros del gremio de enfermería del ISSSTE CMF Marina Nacional, a cargo de los diversos módulos de prevención, quienes se mantuvieron atentos a necesidades de la investigación, apoyando en la coordinación de los informantes para las entrevistas, además por todo el cariño y aprecio.

A los adultos mayores que participaron en esta investigación, por su entusiasmo y disposición para logro de los objetivos, por el reconocimiento que hacen a enfermería expresiones hechas en sus entrevistas y por creer en mí y en la aportación de se hará a partir de esta investigación para otros adultos mayores.

DEDICATORIA

A mi mamita, Conchita, por todo su amor, su apoyo y comprensión, por haber formado en mí, un ser humano con responsabilidad, principalmente la dedico a ti mi gran guerrera, quién lamentablemente durante este proceso de formación te adelantaste en el camino, quiero darte las gracias por haber sido para mí un ejemplo de vida, Por enseñarme los valores del trabajo, la honestidad, respeto y amor, por mostrarme el camino dónde todo puede lograrse.

Se que no podrás estar conmigo físicamente en la conclusión de este proyecto, pero estoy segura de que desde dónde Dios te tenga en espera, estarás feliz de verme concluir esta meta profesional y de seguir adelante con mi vida logrando los objetivos que Dios tiene planeados para mí en esta vida, sin perder la ilusión que algún día estaré nuevamente contigo, por lo que nunca te diré adiós sino hasta luego, te amo mamita linda siempre te llevo en mi corazón.

DEDICATORIA

A mi Dios, por darme la salud, la entereza, confianza, responsabilidad y paciencia para concluir la maestría y realizar este proyecto de tesis como producto del aprendizaje en el programa de maestría, representando un gran logro en mi vida.

A mi papi Efraín por su amor, su apoyo en esta etapa de formación, por preguntar cada vez como me va con la escuela y por considerar importante lo que hago y tener confianza en mí, considerándome una de las personas en la cual se puede apoyar para seguir adelante en su vida.

A mi esposo por todo su apoyo, comprensión, por el acompañamiento, consejos y paciencia, por escucharme cuando lo necesite y por estar pendiente de mis requerimientos en este proceso de formación, por motivarme siempre a seguir superándome, por respetar mis tiempos y decisiones.

Agradezco a mis hermosas hijas que son mis princesas por su apoyo y comprensión, por el tiempo que no pudimos compartir por mis ocupaciones y por el amor que siempre me muestran y por compartir conmigo sus proyectos y escuchar los míos. Por la bonita familia y por ser personas responsables y amorosas y ser mí mayor orgullo.

A mis hermanos y hermanas, Lidus, Alejandro, Efraín, José Eduardo y Araceli, excelentes personas emprendedores, todos lindos y amorosos, por ser pacientes, por estar ahí cuando los necesite, por seguir unidos apoyándonos en este proceso de duelo por la pérdida más grande de nuestras vidas como familia, que fue la de nuestra madre, aun así, sacando fuerzas para seguir adelante, porque así nos enseñó Conchita.

A la Mtra. Paty, por ser mi amiga incondicional, gran ser humano, siempre dispuesta en todo momento, por sus atenciones, cariño, escucha y por su gran ejemplo de tenacidad y esmero.

A mis amigas y amigos, Mary Alfaro por sus palabras cálidas y su escucha en todo momento, Maty excelente persona y amiga por su cariño e interés siempre en mis proyectos, Martita mi gran amiga de toda la vida, por todos los momentos inolvidables y acompañamiento en cada vivencia, Alex amigo incondicional por su gran cariño, apoyo, guía, escucha y motivación para concluir esta meta, Juan Carlos y Cony quienes estuvieron atentos contribuyendo cuando lo necesite, gracias a todos ellos hoy puedo ver finalizado este proyecto profesional.

Gracias a mis compañeros de la 16^a generación de la Maestría, porque de cada uno de ustedes me llevo un aprendizaje, a través de las vivencias compartidas y lecciones de vida nos fortalecimos unos a otros siempre apoyándonos a seguir adelante.

A mis inolvidables amigos más cercanos de la Maestría, Viky, Ma. Felix, Carla, Luis, Andrés, Fio, Vero, Gaby, Ara y Toño, por nuestras vivencias compartidas de alegrías, desvelos, angustias que nunca olvidare, gracias por ser, estar y coincidir en este camino de la vida, por alentarnos mutuamente para culminar esta meta y por brindarme su apoyo cuando lo necesite.

Poema del anciano y de la vida

Quieren apagar el pábilo vacilante
de mi vida. Ha llegado el momento
en que sólo les estorbo, pues lo que llevo dentro
no lo valoran. No tengo juventud, belleza,
fuerza; mi cuerpo envejeció ya demasiado.
No les importa mi experiencia: para ellos soy el pasado
que no existe en su mundo. Represento todo
lo que les da miedo: la vejez, el sufrimiento,
la tranquilidad tarde de paseo...
y ellos sólo valoran
lo que se mueve aprisa.
El tiempo aquilató
mis sentimientos
y ha dado perspectiva
a mi mirada.
Y así, cuando ahora pienso,
veo que soy más justo
al decidirme.
Lejos de la lucha a muerte
de cada día
por competir por el triunfo,
lejos de las ambiciones,
de cosas vanas,
he centrado mi vida
y la he visto con sentido
en lo trascendente.
Pero ahora estorbo
a los jóvenes,
que quieren todo el mundo
para ellos
y pretenden apartarme
para seguir su camino.
¡Quiero vivir la vida
hasta el final!
Que no la acorten
sólo porque mi mundo
les es extraño.
Quiero seguir viviendo,
denso, profundo,
mí tiempo interno.
Aunque mi cuerpo enfermo
no me responda,
me siento lleno;
agradezco a la vida
lo que me da.
¡Quiero vivir mi vida
hasta el final!

José García Velázquez Segovia

“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE SALUD QUE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO”

RESUMEN

Introducción: La transición demográfica y epidemiológica que impera en nuestro país ha contribuido a la esperanza de vida al nacer, con ello aumenta el número de adultos mayores, En las unidades médicas de primer nivel de atención, existe una gran población de la tercera edad que acuden a su control médico, y buscan opciones para un envejecimiento exitoso, situación que los lleva a integrarse a programas de salud que promueven el autocuidado, buscando mejorar su salud, sus vivencias durante su estancia en este programa son diversas y muy enriquecedoras.

El objetivo de este trabajo fue describir las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado.

Metodología: Se trató de un estudio cualitativo, fenomenológico, la recolección de datos fue individualizada a siete adultos mayores participantes en el programa de salud, se realizaron entrevistas semiestructuradas, el análisis se hizo a partir de la propuesta de Miles & Huberman.

Aspectos éticos: se respetó el principio de confidencialidad y anonimato por lo que los nombres reales fueron cambiados, así mismo se realizó un consentimiento informado para cada uno de los participantes.

Resultados: Dos categorías. La primera: 1. conciencia para el autocuidado con tres subcategorías, 1.1 motivación para vivir plenamente, 1.2 beneficios de cambio de hábitos 1.3 aprendiendo a cuidarme. La segunda categoría: 2. integración grupal derivan dos subcategorías, 2.1 convivencia grupal 2.2 importancia de compartir.

Conclusiones: las vivencias relatadas por los informantes develan un significado de vivir esta etapa de la vida como un proceso normal y natural, se vislumbra en sus discursos sensación de plenitud y de motivación realzando la importancia de la estrategia a través de los programas de salud que promueven el autocuidado como una opción para mantenerse activos no solo físicamente sino también mental y socialmente.

Palabras clave: vivencias, adulto mayor, envejecimiento, programa, grupo de apoyo

ABSTRACT

EXPERIENCES OF THE ELDERLY PARTICIPATING ADULTS IN A HEALTH PROGRAM THAT PROMOTES SELF-CARING"

Introduction: The demographic and epidemiological transition that prevails in our country has contributed to life expectancy at birth, thus increasing the number of older adults. In the first-level care medical units, there is a large population of the elderly who they go to their medical control, and look for options for a successful aging, a situation that leads them to join health programs that promote self-care, seeking to improve their health, their experiences during their stay in this program are diverse and very enriching.

The objective: of this work was to describe the experiences of older adults participating in a comprehensive health program that promotes self-care.

Methodology: This was a qualitative, phenomenological study, data collection was individualized to seven elderly participants in the health program, semi-structured interviews were conducted, the analysis was made based on the Miles & Huberman proposal.

Ethical aspects: The principle of confidentiality and anonymity was respected so that the real names were changed, likewise an informed consent was made for each of the participants.

Results: Two categories. The first: 1. awareness for self-care with three subcategories, 1.1 motivation to live fully, 1.2 benefits of changing habits 1.3 learning to take care of myself. The second category: 2. group integration derive two subcategories, 2.1 group living 2.2 importance of sharing.

Conclusions: The experiences reported by the informants reveal a meaning of living this stage of life as a normal and natural process; it is glimpsed in their speeches feeling of fullness and motivation enhancing the importance of the strategy through the health programs that promote self-care as an option to stay active not only physically but also mentally and socially.

Key words: experiences, elderly, aging, program, support group

INDICE	PÁGINAS
CONTENIDO	
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO	20
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	23
2.1 Marco conceptual	24
2.1.1 Concepto de vivencias.....	24
2.1.2 El envejecimiento y el adulto mayor	26
2.1.2.1 El envejecimiento.....	26
2.1.2.2 El adulto mayor.....	27
2.1.3 Situación demográfica	28
2.1.4 Morbilidad en la tercera edad	29
2.1.5 Mortalidad en la tercera edad	29
2.1.6 Ocupación en la tercera edad	30
2.1.7 El envejecimiento activo	31
2.1.8 Programa integral de salud	32
2.1.8.1 Grupo de apoyo	33
2.1.9 Teoría general del déficit de autocuidado.....	35
2.1.9.1 Teoría del autocuidado	35
2.1.9.2 Definición etimológica del autocuidado.....	36
2.1.9.3 Requisitos de autocuidado	36
2.1.9.4 Actividad de autocuidado.....	37
2.1.9.5 Cuidado independiente.....	38
2.1.9.6 Sistemas enfermeros.....	38
2.1.9.7 Agencia de autocuidado	38
2.2 Revisión del estado del arte	39
CAPÍTULO III. PROBLEMATIZACIÓN	45
3.1 Importancia del estudio	49
3.2 Propósito de la investigación	49
3.3 Pregunta de investigación	49
3.4 Objetivo general	49

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	50
4.1 Diseño	50
4.2 Contexto o lugar dónde se realizó el estudio.....	53
4.3 Elección de los informantes.....	57
4.4 Descripción de los informantes	58
4.5 Características de los informantes	59
4.6 Técnica de recogida de datos	59
4.7 Análisis de datos	62
4.8 Temporalización	64
4.9 Aspectos éticos y legales	64
4.10 Rigor metodológico.....	66
4.10.1 Credibilidad	67
4.10.2 Auditabilidad	67
4.10.3 Tranferibilidad.....	68
CAPÍTULO V. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN	69
5.1 Conciencia para el autocuidado	72
5.1.2 Motivación para vivir plenamente	74
5.1.3 Beneficios de cambio de hábitos	77
5.1.4 Aprendiendo a cuidarse	80
5.2 Integración grupal.....	84
5.2.1 Convivencia grupal	85
5.2.2 Importancia de compartir	88
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	92
CAPÍTULO VII. APORTACIONES	96
7.1 Aportaciones a la disciplina	97
7.2 Aportaciones a la práctica	98
7.3 Aportaciones a la investigación	98
7.4 Aportaciones a la política pública	99

ANEXOS	100
Anexo 1 Guía de preguntas entrevista semiestructurada	101
Anexo 2 Formato de consentimiento informado	103
Anexo 3 Fotos del Programa de salud	104
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

INDICE DE FIGURAS

FIGURA	NOMBRE	PAGINA
1	Modelo de la Teoría de Orem	38
2	Características de los participantes	59
3	Categorías y subcategorías	71

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un proceso inminente y se acrecienta, la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, en los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso en la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población¹.

En este mismo contexto, América Latina está envejeciendo a un ritmo cuatro veces más rápido que el que caracterizó el envejecimiento de los países del llamado primer mundo; por lo que en los próximos años se observará un rápido incremento en la población en edades avanzadas¹. Las personas de 65 años se convertirán en el grupo de mayor crecimiento y, en unos cuantos decenios, éste tendrá más habitantes que el de menos de 15 años².

Por su parte México no está exento de este envejecimiento poblacional, según datos del Instituto Nacional de Bioestadística y Geografía (INEGI),³ en la encuesta intercensal del 2015, el grupo de 15 a 64 años constituye el 65% de la población y las personas en edad avanzada mayor de 65 años representa el 7.2%; la proyección de la esperanza de vida de 2010 a 2050, pasará de 74 a 79.4 años en promedio por habitante; y en mujeres pasará de un 77 a 81.6 años en promedio y en hombres de 71.1 a 77.3 años promedio. Situación que se refleja en el cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, traduciéndose en un aumento de su población de 60 años y más².

Esta situación trae como consecuencia que las autoridades y la sociedad en general presten mayor atención a este grupo de personas, pues indudablemente el porcentaje de las mismas va en aumento¹. Por lo que el envejecimiento de la población ha direccionado las políticas de salud, cambiando de estrategias dirigidas a los mayores, el reto ya no es aumentar la esperanza de vida sino la esperanza de vida libre de discapacidad⁴.

En la búsqueda de nuevas estrategias para mejorar la vida de los adultos mayores, surge el paradigma del envejecimiento activo definido como “el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece”⁴.

Los determinantes para un envejecimiento activo son: económicos, sociales, físicos, de salud y servicios sociales, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida). Con base en ellos, la forma en la que envejecemos dependerá tanto de las medidas sociopolíticas que se lleven a cabo en un determinado país como de las acciones individuales que cada uno adopte a lo largo del ciclo vital en interacción con su entorno para mejorar su propia forma de envejecer⁴.

En México como parte de estas políticas de salud, se han desarrollado en las instituciones del sector salud algunos programas permanentes de control, prevención y promoción de la salud a partir de acciones específicas, estrategias que promueven la cultura del envejecimiento; tomando en cuenta la realidad mexicana, para fomentar y fortalecer las redes sociales, familiares y mejorar las actitudes ante el autocuidado social, físico y emocional⁵.

En el sector salud, representado en este caso por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el primer nivel de atención, se han implementado algunos programas de salud que promueven el autocuidado dirigidos a los adultos mayores, funcionando a partir de módulos o subprogramas de control y detección oportuna de enfermedades crónicas, los cuales siguen un proceso para la valoración, diagnóstico y tratamiento e integración en las actividades físicas y recreativas como; activación física, módulo de nutrición y actividades lúdicas programadas; dichos programas constituyen un gran desafío en el diseño, innovación e implementación de actividades específicas

que permiten al adulto mayor mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad.

Los programas que promueven el autocuidado, se han identificado como excelentes estrategias para que los individuos organizados a partir de grupos de apoyo o de ayuda mutua, se motiven entre sí y desarrollen actividades en beneficio de su salud y autonomía, adquiriendo mayor protagonismo en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas⁶; concepto incluido en la definición de salud que hace, Orem,⁷ en su teoría general del autocuidado, donde salud significa, integridad física, estructural y funcional.

Este trabajo de tesis está estructurado por capítulos: en el primer capítulo se presenta la descripción del fenómeno en la que se detalla cómo surgió el interés por dicha investigación, en el segundo capítulo se desarrolla la revisión de la literatura, en el que se incluye el marco teórico nos permite comprender más teóricamente la temática investigada, con las definiciones y bibliografía actual sobre el tema, también el estado del arte mismo que permite confluir las diferentes miradas de los investigadores sobre el objeto de estudio, en el tercer capítulo se incluye la problematización que constituye la esencia del estudio incluyendo los elementos que lo integran, iniciando con el objetivo, pregunta de investigación, justificación, viabilidad, definir el papel que desempeña de la literatura, elegir y entrar en el ambiente o contexto; en el capítulo cuatro se engloba la metodología empleada, misma que se elabora a partir del enfoque cualitativo, método fenomenológico descriptivo, para la recolección de datos se utilizó un formato de entrevista semiestructurada la cual se estructuró en relación a los conceptos básicos de la investigación; haciendo una acotación en la información y el entrevistado debe remitirse a ella⁸; dónde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad y ni la estandarización.

Para el análisis de datos se hace bajo la propuesta de Miles y Huberman⁹, seguido se describe la temporalización del estudio, las consideraciones éticas y legales; así como las características del rigor metodológico consideradas en esta investigación, en el capítulo cinco se describen los hallazgos y la discusión emergida del análisis de datos. Emergieron dos categorías: 1). Conciencia para el autocuidado, 2). Integración grupal. De la primera categoría se derivaron tres subcategorías: Motivación para vivir plenamente, beneficios de cambio de hábitos, aprendiendo a cuidarse. De la segunda categoría emergieron dos subcategorías: Convivencia grupal e importancia de compartir. Cada categoría y subcategoría fueron sustentadas con la teoría de Orem o bien con artículos científicos considerados en el estado del arte para la discusión, en el capítulo seis se describen las conclusiones a partir de los hallazgos de esta investigación, en el capítulo siete se articulan las aportaciones a la disciplina, a la y práctica, a la investigación y a las políticas públicas, por último, el capítulo ocho incluye las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

El interés por la presente investigación se origina en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la Clínica de Medicina Familia de primer nivel de atención, durante mi práctica diaria y experiencia profesional en el cuidado de adultos mayores participantes en diversos programas preventivos y de control, siendo uno de ellos el programa integral de salud que promueve el autocuidado para adultos mayores autonombrado PISAAM, el cual que se implementó como programa piloto en el 2009 y dos años más tarde se posiciono como programa permanente.

El PISAAM, en su fase inicial contaba con la participación regular de un grupo en promedio de 35 adultos mayores autónomos, hombres y mujeres mayores de 60 años, incluidos en los diferentes programas o módulos de control de diabetes, hipertensión y activación física, nutrición, desde su inició se contaba con el apoyo de otros servicios internos como son, los de psicología, odontología, servicio social, servicio externo temporal de fisioterapia y actividades lúdicas acordes a la temporada del año, coordinadas por trabajo social y personal de enfermería.

En otro contexto, se observa la problemática demográfica que impera en nuestro país México, traduciéndose en el aumento de la población de adultos mayores, aunado a esto es relevante considerar los cambios significativos en las estadísticas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico degenerativas en este grupo etario, ante este escenario, observo la necesidad de extender los beneficios de los programas que promueven el autocuidado, al mayor número posible de adultos mayores a partir de un referente cualitativo, es decir describir las vivencias diarias de los adultos mayores al interior del grupo.

Para hacer extensivos los beneficios que brinda el PISAAM y como integrante de equipo interprofesional, tengo el interés profundo de describir las vivencias de los adultos mayores al participar en un programa de autocuidado; así mismo tengo la convicción de que esta estrategia permite a las personas de la tercera edad, entre otros aspectos recuperar la dignidad, el afrontamiento exitoso de la soledad, el uso productivo del tiempo, la reinserción social, el fortalecimiento de la autoestima y mejorar el autoconcepto, así como tomar parte de su fraternidad.

Se pretende tener un acercamiento con objeto de estudio desde la perspectiva fenomenológica; describir las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral que promueve el autocuidado PISAAM, dónde se indaga el mundo subjetivo de las personas reflejando el beneficio de los programas que promueven el autocuidado; asimismo considerar como un espacio dónde se pueden expresar y rescatar las vivencias de pertenecer a un grupo de autocuidado; reconociendo la importancia de obtener información relevante que contribuya a las instituciones para que reflexionen su modelo de atención y transformar incorporando el autocuidado como una estrategia fundamental en los programas integrales de salud; así como disponer de mayores espacios para su implementación.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Concepto de vivencias:

Para iniciar este apartado se partirá con el concepto de vivencias, según la Real Academia Española, la vivencia se define como el hecho de vivir y experimentar algo, Dilthey,¹⁰ menciona que la vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas, las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión.

La vivencia puede distinguirse de la experiencia al constituirse un criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia. Estos a su vez se encuentran sometidos a las condiciones históricas, lo que hace de las vivencias una experiencia individual cargada de sentido colectivo¹⁶.

Husserl¹¹ menciona que la conciencia es un flujo o devenir real de vivencias (Erlebnisse) o sucesos psíquicos (Ereignisse) una sucesión continúa de vivencias, en la que los adultos mayores experimentan sensaciones y dónde toda vivencia es intencional, se experimentan contenidos concretos que sean independientes de ellos mismos.

Por su parte, Alonso¹² afirma que “el conocimiento es un hecho de la naturaleza; es vivencia de unos seres orgánicos que conocen; es un factum psicológico. De otra parte, el conocimiento, por esencia, es conocimiento de un objeto, y lo es merced al sentido que le es inminente, con el cual se refiere a un objeto”.

También, Husserl¹⁶ hace una distinción de dos tipos de vivencia. En primer lugar, describe las evidencias acertóricas, como aquellas que se dan cuenta de una verdad pero que no impide que lo contrario sea posible, como por ejemplo cuando se habla de lo que se percibe con los sentidos, Por otro lado, las evidencias apodípticas se refieren tanto a lo verdadero, como, por ejemplo, la forma de operar las matemáticas.

Tomando en cuenta esta distinción, entonces es posible hablar de un conocimiento que habla de una verdad, pero que no es absoluta, cuando se toma el concepto de evidencias acertóricas. Cuando se habla de vivencias en la adultez mayor, por medio de este enfoque no se buscará tomar en cuenta los hechos que hablen de una verdad absoluta acerca de la realidad de los adultos mayores, sino que se hablará de una verdad que tiene que ver con la experiencia de la vida que se constata para ellos como “verdad”.

La forma en la que Husserl¹⁶ propone que esto sea posible, es a partir de concepto de Epojé. Este concepto propone que es necesario dejar entre paréntesis todo aquello que se pueda perturbar el fenómeno a estudiar, de tal manera pueda acceder al conocimiento de él desde las características que el mismo fenómeno manifieste.

Al respecto, Alonso,¹⁷ define como el modo en que la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados que, con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento y emociones (capacidad mediante el relato oral y la observación).

Gadamer citado por Sousa,¹³ destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. Para este autor constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. O sea, la vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimenta. Esa diferenciación puede ser clarificada con un ejemplo: varios individuos pueden

experimentar al mismo tiempo una misma realidad como la muerte de un miembro de la familia, el nacimiento de un niño, una gran catástrofe o un acto autoritario. La vivencia de cada uno sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad. Heidegger, Gadamer y Schütz citados por Sousa,¹⁹ resaltan que el lenguaje del sentido común es el instrumento primordial de la narrativa de las experiencias y de las vivencias.

2.1.2 El envejecimiento y adulto mayor

2.1.2.1 El envejecimiento

El envejecimiento, además de constituir un fenómeno de la población, también representa un fenómeno individual y su estudio se debe abordar desde una perspectiva biopsicosocial; y, aunque, hasta hace unas pocas décadas, ha sido la biología la que ha prevalecido en el estudio del envejecimiento¹⁴.

En la actualidad existe un consenso científico en que el ser humano en interacción con su ambiente a lo largo del ciclo vital construye, en gran medida, su propia forma de envejecer; y que, aunque es verdad que el individuo nace con una carga genética que influye en su longevidad, esa influencia genética representa un 25% dejando un 75% a factores conductuales y ambientales¹⁵.

De ahí que exista una gran variabilidad en las formas de envejecer representadas como vejez “normal” “patológica” y con “éxito”; las variables biopsicosociales determinan el modo en que envejecemos y las acciones del individuo en interacción con su ambiente serán las principales responsables de este⁵.

Chawa¹⁶ afirma que los ancianos "no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos". Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones

sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el "viejo" se mantenga activo y autovalente.

2.1.2.2 Adulto mayor

El término "tercera edad" surgió en Francia en el año 1950, acuñado por Huet citado por Mier¹⁷, quien fuera uno de los iniciadores de la gerontología en ese país, el término original no se refería a una edad determinada, sino que se aplicaba al sector de población que estaba jubilado o pensionado, que se consideraba de baja productividad y bajo consumo o poca o nula actividad laboral; más tarde el concepto se precisó, constriñéndose a una situación laboral y a una edad determinada. Esta definición ha tenido una fuerte influencia sobre lo que significa alcanzar la sexta década, colocando a este grupo poblacional como sujetos pasivos, como una carga económica y social.

Según la OMS¹⁸ en 2015, las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada: los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad¹⁹. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los Países desarrollados y de 60 para los Países en desarrollo. O sea que en México es considerado anciana a una persona a partir de los 60 años.

Asimismo, para la OPS,²⁰ en 2015 argumenta que los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.

2.1.3 Situación demográfica

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento²¹.

El número de adultos mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. Cabe señalar que, al interior de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognoscitivas conforme avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más)²⁸.

En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de una sobre mortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más. Una visión integral invita que reflexionar sobre los desafíos de la población que transita o transitará por esta etapa de vida. De acuerdo con las proyecciones de población que estima la (CONAPO)²², para 2025 y 2050 el monto de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente.

Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como de salud); velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida²⁸.

2.1.4 Morbilidad en la tercera edad

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²³, más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes.

En la persona de edad, los factores genéticos y biológicos, las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida familiar, salud, dependencia, entre otros pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos.

En México, para 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5% es por demencia no especificada, 13.2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol y 12.3% por trastornos depresivos. Proyecciones de la (OMS)²⁹ señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo²⁸.

2.1.5 Mortalidad en la tercera edad

El aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad, de las 602 mil muertes registradas en 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónico degenerativas, entre las que

destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las enfermedades cerebrovasculares (7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional²⁸.

Información de esta misma fuente indica que de los adultos mayores que fallecieron en ese año, 18.7% no tenía derechohabencia, por lo que en la actualidad, uno de los grandes desafíos de la política pública es ampliar su cobertura y promover la prevención y el cuidado de la salud, ya que si bien el aumento de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población, muchas de ellas son atribuibles a comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos durante el curso de vida (como son una nutrición deficiente, sobrepeso y consumo de tabaco y alcohol, entre otros)²⁸.

2.1.6 Ocupación en la tercera edad

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)²⁸, en el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7 por ciento; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad: casi una de cada dos (49%) personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo y disminuye a 10.6% en aquellos que se encuentran en una vejez avanzada (80 años y más).

Es poca la población que llega a una edad avanzada y tiene los recursos para ser empleador (9.1%); la mayoría trabaja por cuenta propia (50.5%), mientras que una buena proporción son trabajadores sin pago (4.9%). Estos dos últimos contextos son tipificados por organismos internacionales como “trabajo vulnerable”. Una de cada tres personas de 60 años y más (35.5%) es subordinada y remunerada y sus

condiciones laborales no son del todo favorables, ya que la mitad de estos no reciben prestaciones (49.2 por ciento). Una forma sintética de percibir la vulnerabilidad laboral de esta población es mediante la informalidad.

Datos de la (ENOE),²⁸ indican que tres de cada cuatro adultos mayores (74.3%) se insertan al mercado laboral bajo estas condiciones. Un análisis por edad de la población que se ocupa de manera informal permite observar que son los adultos mayores los que perciben un menor ingreso: uno de cada tres (33.5%) gana hasta un salario mínimo y uno de cada seis (16.2%) no recibe ingreso por su trabajo.

2.1.7 El envejecimiento activo

En los últimos veinticinco años ha surgido un nuevo paradigma del envejecimiento que se ha llamado, entre otros: saludable, buen envejecer, competente, con éxito o activo. El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS⁵ de 1990 del envejecimiento saludable (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo.

La OMS,²⁴ en el informe mundial sobre envejecimiento en 2002, define al envejecimiento como; "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen". Así mismo la OPS²⁵ en 2015 promueve el envejecimiento activo al cual, lo define como "el proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece".

El objetivo de un envejecimiento exitoso es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de seguir siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas³⁰.

El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo. Así, desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento activo serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida)³⁰.

2.1.8 Programa integral de salud

El término programa sirve para denotar aquella agrupación de actividades que tanto en secuencia o simultáneas son ejecutadas por un equipo de individuos a fin de que se cumpla un objetivo. También el término programa hace referencia a un plan o proyecto organizado de las distintas actividades que se irá a realizar. La expresión de la palabra es de origen latín “*programma*” que a su vez tiene su origen en un vocablo griego. Declaración de lo que se piensa hacer²⁶.

Los adultos mayores representan un segmento de la población con características y problemas de salud particulares que constituyen un desafío en el diseño e implementación de programas específicos que les permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a través de políticas con diferentes intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad de este grupo etario²⁷.

Estas medidas deben ser realizadas por los equipos del nivel primario de atención, dónde la pesquisa temprana de los problemas y promoción de salud en este grupo es primordial; sin embargo; se requiere de la sensibilidad de la autoridad sanitaria para la capacitación continua en materia³¹.

La estrategia de promover la salud a partir de programas de salud se ha considerado desde siempre, ya desde 1981, la OPS,²⁷ instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales de salud para satisfacer sus necesidades. Estos programas básicamente se apoyan en actividades de autocuidado que, cuando el adulto mayor adopta, como parte de su vida, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional determinantes de su estado de salud³¹. Estos programas de salud se organizan a partir de grupos de apoyo mutuo, incluyendo diversas actividades que promueven el autocuidado, lúdicas y de recreación.

2.1.8.1 Grupo de apoyo

Se define a un grupo de apoyo al que está integrado por personas que mutuamente se brindan ayuda para solucionar o bien subsanar los problemas que afrontan las personas que comparten una situación común²⁸. La dinámica de los grupos se refiere a las fuerzas que actúan en cada grupo a lo largo de su existencia y lo que mueve a comportarse en la forma en que lo hace que puede ser movimiento, acción, cambio, interacción, reacción, transformación, etc. La interacción recíproca de estas fuerzas y sus resultantes sobre un grupo dado constituyen su dinámica²⁹.

Se dice que, en la dinámica de grupos, éste puede tener varios efectos:

- a) Efecto de ayuda. Todo grupo que tenga condiciones adecuadas tiende a mejorar a sus miembros al brindarle la posibilidad de desarrollar sus capacidades y superar sus problemas, por el sólo hecho de compartir con otras, sus vivencias e inquietudes.
- b) Efecto educativo. Cuando existe un objetivo en común, el grupo es visto como un espacio para el aprendizaje.

Cuando se organizan grupos con el fin de resolver problemas específicos, como sería el caso de los grupos de apoyo, están siempre presentes el efecto de ayuda y el educativo³³. En los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)³⁰, lo definen como organizaciones que proveen un ambiente animador para intercambio social a través de actividades o relaciones individuales con el propósito de rehabilitar y ayudar a pacientes, individuos con los mismos problemas de salud a los viejos incluye terapéutica social.

Los grupos de apoyo, convocados por el profesional para crear un ambiente acogedor donde gestionar los recursos de los miembros para afrontar la situación de cambio conflictiva o amenazante. Suelen estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes³¹.

Los grupos de apoyo, ayuda mutua o autoayuda, se resumiría la diferencia con los anteriores en que funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros. Atienden tanto a personas con problemas como a sus personas relacionadas directamente con los problemas, y que a raíz de un grupo pequeño suelen derivar en asociaciones que ofrecen además de soporte emocional información y la posibilidad de compartir un fuerte sentimiento de utilidad social a todos los niveles, muchas de estas asociaciones consiguen con su tesón importantes implicaciones institucionales³².

2.1.9 Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA).

La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general. Originalmente se articularon tres teorías específicas, la de los sistemas de enfermería, la del déficit de autocuidado y la del autocuidado. Se articuló asimismo una teoría adicional, la del cuidado independiente. Esta teoría se considera paralela a la del autocuidado y sirve para ilustrar el desarrollo de curso⁷.

La teoría del déficit de autocuidado es una macro teoría compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente.
3. La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica como la enfermería puede ayudar a las personas.
4. La teoría de sistemas de enfermeros, que describe y las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero⁷.

Para efectos de esta investigación, de las cuatro teorías que integran esta macro teoría del autocuidado, solo se retoma lo concerniente a la teoría del autocuidado, principales conceptos y requisitos de autocuidado.

2.1.9.1 Teoría de autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción⁷.

El autocuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales⁷.

2.1.9.2 Definición etimológica de autocuidado

El autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente³³.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo⁷.

2.1.9.3 Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y de desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.

2. La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado⁷.

Los objetivos requeridos requisitos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos para los hombres, las mujeres y los niños:

Requisitos de autocuidado

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

La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas⁷.

2.1.9.4 Actividad de autocuidado

Se define como la completa habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano⁷.

2.1.9.5 Cuidado independiente

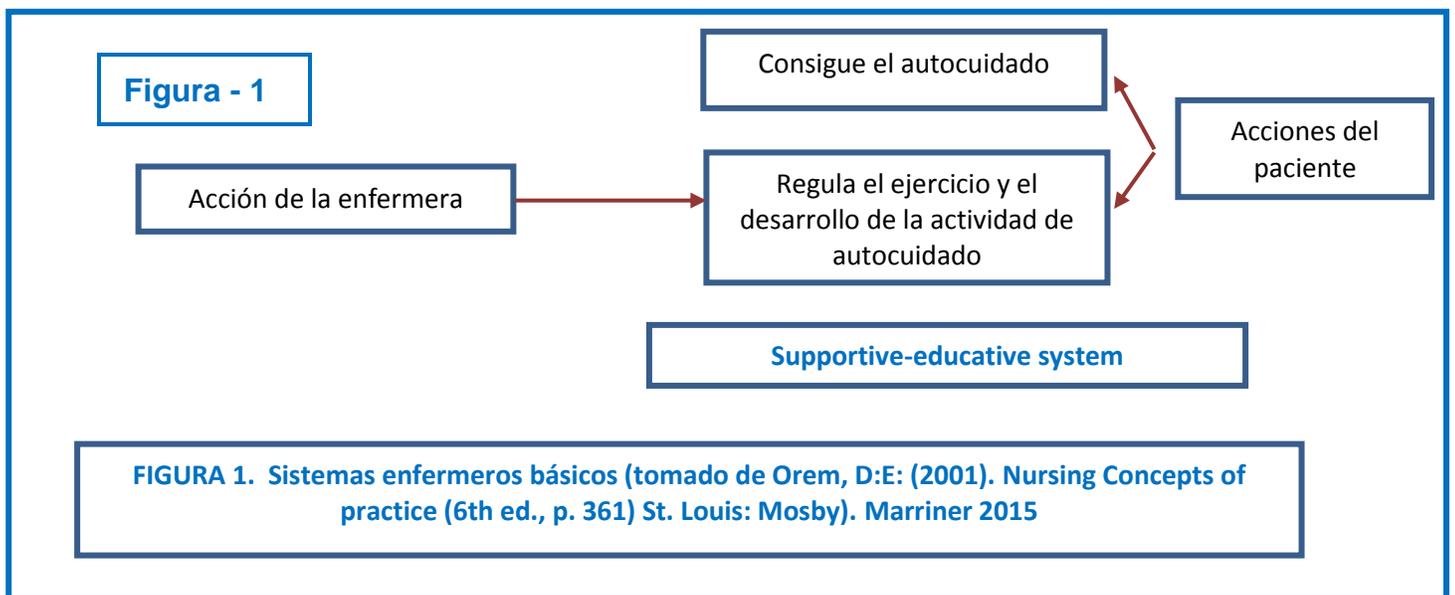
Actividad de cuidado independiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente⁷.

2.1.9.6 Sistemas enfermeros

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes³³.

2.1.9.7 Agencia de autocuidado

La palabra <<agente>> para referirse a la persona que proporciona los cuidados, cuando los individuos realizan su propio cuidado se le considera <<agente de autocuidado>> los cuales saben cómo satisfacer sus propias necesidades de autocuidado, también reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique cuidados de enfermería a este concepto lo denomina *agencia de cuidado dependiente*⁴⁰.



2.2 REVISION DEL ESTADO DEL ARTE

Con la finalidad de tener un acercamiento sobre lo que se conoce respecto al objeto de estudio, se realizó una revisión exhaustiva en las diversas bases de datos científicas, entre los años 2010 a 2017, dónde se han encontrado de manera fragmentada los elementos que integran la temática de la investigación, ya que existe poca evidencia sobre el objeto de estudio de forma integral. Se lograron identificar treinta estudios nacionales y diez internacionales relacionados con la temática abordada en la presente investigación, algunos de ellos sobre la evaluación de la capacidad de autocuidado, beneficios que percibe el adulto mayor con el autocuidado, nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado, vivencias en la tercera edad, significados que experimentan las personas de la tercera edad que han participado programas integrales de salud o grupos de apoyo y el beneficio de una estrategia de autocuidado entre otros.

En México Maldonado-Guzmán, et al.,³⁴ en 2015 realizó un estudio titulado “Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería”, con el objetivo de conocer la percepción del adulto mayor respecto a los beneficios de integrarse a grupos de autocuidado para mejorar su calidad de vida, la metodología fue un estudio de diseño cuantitativo-cualitativo con técnica de entrevista en profundidad, en el que se evaluó el nivel de independencia con la escala Barthel de aptitud física y la de depresión de Yesavage. Los resultados respecto a la integración y participación de los adultos mayores, el 85.7% no tenía problemas cardiacos, 39.3% no manifestó dolor de huesos, aun cuando el 32.1% refirió contraindicación para ejercicio físico, la motivación para participar permitió, previa revaloración, la integración del adulto al grupo. Con la escala de Barthel se identificó que 82% fue autosuficiente para realizar actividades de la vida diaria. Al finalizar la intervención se logró la consolidación del grupo. Los resultados en el adulto mayor después del programa, respecto al nivel de independencia, globalmente el 92.3% logró ser o mantenerse independiente, los beneficios más referidos fueron la mejoría de autoimagen y

autopercepción, la calidad de vida y la actividad física semanal estuvieron relacionadas significativamente con la autonomía, los niveles de movilidad, independencia y autoconcepto, lo que contribuye a la apreciación de la vida. También en sus hallazgos menciona que las personas de la tercera edad mostraron satisfacción por los conocimientos nuevos y se logró crear un estilo de vida adecuado para la salud, se obtuvo un aprendizaje significativo sobre la etapa de la vida que se está viviendo, además se encontraron actividades motivantes y agradables para la vida diaria, así mismo describe que la experiencia con el grupo que él investigó y la obtenida en investigaciones previas sobre estos temas, indican que la salud, la solidaridad y la participación de la sociedad aumentan en la medida en que se fomenta y apoya a los grupos de ayuda mutua. Ningún adulto mayor mostró depresión de riesgo al terminar su presentación en el grupo de ayuda mutua.

En Cuba, Millán M.³⁵ en 2010, en su estudio de evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, con enfoque cuantitativo descriptivo transversal con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, los resultados no evidencian diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres, en este sentido los resultados se corresponden con lo descrito por otros autores que condicionan la actividad de autocuidado a factores educativos y culturales, la asociación entre percepción del estado de salud y nivel de autocuidado evidencia que el 63,1% de los adultos mayores estudiados se perciben aparentemente sanos, de los cuales, 77 que representan el 39,5% tienen déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, mientras que de los 72 (36,9%) que se sienten enfermos, o perciben algún riesgo para su salud, solo en 14 de ellos (7,2%) existe déficit cognoscitivo-perceptivo, obteniéndose una diferencia significativa entre estas dos variables analizadas con una $p < 0.05$. Así mismo la relación entre grado funcional y nivel de autocuidado se observa que de los 165 (84%) adultos mayores que se mantienen independientes, 91 de ellos para el 46,7% presentan un déficit

de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, existiendo 30 (15,4%) con algún grado de dependencia (total o parcial). Al relacionar la edad con el nivel de autocuidado se constató que no obstante el déficit cognoscitivo-perceptivo tener un comportamiento superior en las edades comprendidas entre 60 y 69 años, en los mayores de 80 años se evidencia un aumento en el déficit parcial y total en comparación con las edades precedentes, esto demuestra que los adultos mayores tienen un alto grado de independencia, condición que van perdiendo solo a edad muy avanzada, observándose que a mayor edad el individuo va perdiendo las capacidades de autocuidado.

Por su parte, en Chile, Sanhueza M.I., et, al,⁶ en 2012, en un estudio experimental llamado, optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado, con el objetivo de evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar. Los resultados obtenidos fueron fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas; funciones mentales intactas y mejoramiento de la autopercepción de salud, de “regular”, a “buena”, influyendo en lo que los adultos mayores hacen o creen que pueden hacer, adquiriendo mayor protagonismo en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, asimismo manifiesta que existe la posibilidad de mantener o corregir el declive cognitivo natural del adulto mayor a través de un entorno estimulante, que para esta situación estuvo constituido por el programa con actividades integrales como sesiones de autocuidado en salud.

En Perú, Manríquez,³⁶ en el 2011 realizó una investigación sobre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en las

dimensiones biológica y psicosocial. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista, como instrumento encuesta y una escala de Likert modificada. Los resultados fueron que el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es medio, las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas y en la dimensión psicosocial, es alto.

En otra investigación abordando las vivencias se encontró en Chile, Echavarría,³⁷ en 2010, realizó un estudio titulado “Vivencia de la tercera edad de un grupo de adultos mayores” Una mirada analítico existencial, con el objetivo de comprender y describir cuál es la realidad y los temas relevantes para los adultos mayores en esta particular época, mediante la vivencia de este grupo de personas, en la metodología se realiza con base en la Teoría del Análisis Existencial, usando, a su vez, como base, la fenomenología. A través del acercamiento al “fenómeno” de la vivencia de un grupo seleccionado de adultos mayores, la metodología es cualitativa con técnica de recolección de datos: entrevista en profundidad, se utilizó el análisis de contenido como plan para el análisis de la información, se hallaron dos vivencias de esta época de la vida, principalmente: por una parte, que el adulto mayor se aprecia como una persona libre, que vive aprobando, disfrutando y buscando un sentido a su vida, tomando en cuenta las dificultades y haciéndose cargo de ellas. Esto permite al adulto mayor vivir esta época en forma más plena.

Respecto a la relevancia de los grupos integrados por adultos mayores. En España Hombrados, et, al,³⁸ en 2004 realizó un estudio cuantitativo titulado: grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación, con dos objetivos principales: el primer objetivo fue explicar el procedimiento y estructura de funcionamiento seguido en el desarrollo de grupos de apoyo con mayores y realizar una evaluación de los mismos; el segundo objetivo fue comprobar los efectos de estos grupos sobre la percepción de apoyo social de los participantes. Los resultados indican que las personas mayores se han sentido satisfechas con la participación en los grupos y que se ha incrementado significativamente la percepción de apoyo social tras la participación. Así mismo, los instrumentos han resultado útiles al profesional para conocer la evolución del grupo.

También, en México, Berrocal³⁹, en 2012 realizó un estudio cuantitativo descriptivo, observacional y transversal, con el objetivo de identificar las redes de apoyo formales e informales y los recursos sociales con los que cuentan los adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina física y Rehabilitación, Siglo XII (UMFPSXXI) durante el 2012, en sus resultados encontró que dentro de las redes de apoyo formal se incluyeron los programas gubernamentales y federales, estableciendo que el 91.5% (367 pacientes) no acude a los grupos de apoyo y solo el 8.5 % (34 pacientes) acude a los grupos de apoyo de la tercera edad, en sus conclusiones menciona que existen muchos programas federales y locales de apoyo, sin embargo los adultos mayores, aún no cuentan con la información necesaria para hacer uso estos grupos y obtener sus beneficios, asimismo el personal de salud también carece de conocimientos para promover estos programas de salud.

De igual modo en relación a la plenitud y autocuidado, en Colombia, Melguizo Herrera, et, al,⁴⁰ en 2014, en su estudio; calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia), con el objetivo de describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena (Colombia), estudio descriptivo, la población fue de 187 adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y el “Índice multicultural de calidad de vida”. La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %), las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron el bienestar físico, la plenitud y con menor puntaje el apoyo comunitario. Concluyendo que esta información de esta investigación será útil para proponer políticas de salud y prácticas de cuidado para esta población. Los participantes de este estudio presentaron valores que pueden considerarse como una buena percepción, resaltando la plenitud espiritual, el autocuidado, el funcionamiento independiente y la percepción global de calidad de vida.

CAPÍTULO III

PROBLEMATIZACIÓN

CAPÍTULO III. PROBLEMATIZACIÓN

El envejecimiento poblacional a nivel mundial ha cobrado gran importancia, la funcionalidad física⁴¹, emocional y social de los adultos mayores se ha convertido en un problema salud; así mismo los determinantes sociales como el entorno dónde viven, los accesos a los servicios de salud, aspectos económicos, políticos y culturales que afectan a esta gran población. Situación trae como consecuencia que las autoridades y la sociedad en general presten mayor atención a este grupo de personas, pues indudablemente el porcentaje de estas va en aumento; aunado al aumento de la esperanza de vida.

En México según datos de la INEGI,² en la encuesta intercensal de 2015, el grupo de 15 a 64 años constituye el 65% de la población, y con edad avanzada mayor de 65 años representa el 7.2%; la proyección de la esperanza de vida de 2010 a 2050, la cual pasará de 74 a 79.4 años en promedio por habitante; y en mujeres pasara de un 77 a 81.6 años en promedio y en hombres de 71.1 a 77.3 años promedio. Además de este importante aumento de adultos mayores, representan un segmento de la población con características y problemas de salud particulares.

Como parte de esta problemática, el tema de las pensiones y jubilaciones pasará a ser el centro de la planeación financiera de la nación. Por lo que se necesitaran nuevos esquemas de seguridad social para adaptarse a un país viejo. Este cambio demográfico hacia el envejecimiento deberá ser una de nuestras máximas preocupaciones en lo que resta del siglo XXI⁵.

El nivel de independencia del adulto mayor se relaciona con los cambios físicos, emocionales y sociales que experimenta este grupo etario, el cual se ve reflejado tanto en su estilo de vida, así como su interrelación en la sociedad, familiar, y en su funcionalidad en dinámica de la vida diaria¹⁴.

Según datos en la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)⁴ en 2014, más de la cuarta parte de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia es decir presentan dificultad para realizar una actividad básica de la vida diaria; situación que representa un gran desafío para el sector salud en el diseño e implementación de programas específicos que le permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, salud y productividad con la integración de diferentes actividades y propuestas de salud que puedan aumentar la esperanza de vida en las mejores condiciones de salud posibles.

De esta manera, los adultos mayores representan un segmento con características y problemas de salud particulares, que constituyen un desafío en el diseño en la implementación de programas específicos que les permitan mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a través de políticas públicas con diferentes intervenciones y propuestas que puedan aumentar la esperanza de vida sin discapacidad de este grupo etario⁵

Los programas de salud para las personas de la tercera edad que se ofertan en las diversas instituciones de salud han demostrado ser excelentes estrategias para mantenerlos activos; sin embargo son insuficientes, considerando el crecimiento de esta población que va en aumento según datos de (INEGI)²; aunado a ello el bajo presupuesto que se asigna a este sector, para dotar de todos los recursos necesarios incluyendo la infraestructura acorde a las necesidades propias de este grupo etario.

Por lo que es importante que el sector salud a través de las instituciones que lo representan, sigan promoviendo y aumentando a partir de los resultados positivos en los programas de autocuidado que empoderen al adulto mayor a disminuir el nivel de dependencia, programas dónde el profesional de enfermería tenga un papel fundamental en la promoción y educación de salud otorgando un cuidado holístico. Al analizar las evidencias alrededor del tema, se ha demostrado que

estos programas integrales de salud funcionan adecuadamente a través de grupos de apoyo organizados, lo que permite a los adultos mejorar su autonomía, su calidad de vida y sentirse activos para que dentro de sus posibilidades sigan siendo productivos en la sociedad¹³.

Los grupos de apoyo influyen benéficamente emocionalmente, mejoran la actitud hacia la enfermedad y contribuyen en las relaciones significativas con otros es socialmente y emocionalmente fortalecedor, debido a la oportunidad que genera para que los adultos mayores puedan compartir mutuamente sus experiencias promueve un ambiente que ofrece soporte social, representando un espacio para compartir sentimientos y desarrollan habilidades para el afrontamiento de situaciones difíciles, construyendo un vehículo de educación en salud, información y discusión de cuestiones existenciales¹³.

Estas organizaciones son denominadas grupo de apoyo o de ayuda mutua dónde los cuales que están compuestos por personas que comparten problemáticas similares, se reúnen de forma voluntaria y periódica para superarlas y conseguir cambios sociales o personales, lo cual propicia una modificación en el comportamiento de sus miembros a través de actividades educativas y recreativas. Los cambios evidentes en la salud de los adultos mayores a través de estos programas se ven reflejados en su autonomía y conducta ante la vida misma., situación que nos llevan a describir la importancia del autocuidado⁶.

Por lo anterior es relevante conocer desde diversas perspectivas la dinámica de estos programas de salud a partir de la integración en grupos, desde la mirada de los adultos mayores como viven día a día estas experiencias; a partir de un enfoque fenomenológico de las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral institucionalizado que promueve el autocuidado, se pretende indagar el mundo subjetivo de las personas reflejando los beneficios de los programas que promueven el autocuidado; y a partir de esto describir los

significados de pertenecer a un grupo que promueve el autocuidado. Sobre todo, es importante que las instituciones reflexionen su modelo de atención y transformarlo incorporando el autocuidado como una estrategia fundamental de atención a la población.

3.1 Importancia del estudio

- Desde el punto de vista teórico esta investigación generará reflexión y discusión sobre el conocimiento que aporte dentro de la disciplina de enfermería.
- Desde el punto de vista metodológico contribuirá en otras investigaciones que promuevan la utilización del método cualitativo.

3.2 Propósito de la investigación

Contar con referente cualitativo con respecto a las vivencias de los adultos mayores al participar en un programa integral que promueve el autocuidado, de manera que se obtenga información relevante que permita identificar ventajas y áreas de oportunidad para desde sus propios significados se oriente y guíe el mejoramiento y la promoción de estos programas a fin de contribuir en un envejecimiento activo de este grupo etario.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado?

3.4 Objetivo general

Describir las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4. 1 Diseño

Se trata de un estudio de tipo cualitativo; Taylor y Bogdan⁴², a partir de esta perspectiva, mencionan que la frase “metodología cualitativa”, se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, a partir de las propias palabras de las personas habladas o escritas, y la conducta observable.

Asimismo, afirman que la investigación cualitativa es inductiva, en la que los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos, en el enfoque cualitativo siguen un diseño de la investigación flexible y comienzan sus estudios con interrogantes sólo vagamente formulados.

En este enfoque cualitativo el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; son considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan, son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Se ha dicho de ellos que son naturalistas. Es decir que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo⁴³.

Del mismo modo, Ray,⁴¹ menciona que se necesita un ser humano para conocer a otro ser humano, afirma, es movilizándolo lo que hay de humano en cada uno de nosotros, cuando podemos ponernos en el lugar del otro, acercarnos a su experiencia y, desde allí, comprenderla.

Por su parte, Mayan,⁴⁴ define a esta metodología como la exploración de las experiencias de la gente en su vida cotidiana; añádase a estas definiciones lo que menciona Pattón⁴⁵ naturalista, que también es conocida como indagación naturalista, en tanto que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren.

Conviene referirme también dentro del diseño, al enfoque fenomenológico, derivado de la palabra “fenomenon”, que significa “mostrarse a sí mismo”, poner en luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo. Morse⁴⁶, refiere que la fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos, desde perspectivas grupales o interaccionales, situación que se vincula con la descripción de las vivencias de los adultos mayores participantes en grupos de apoyo dónde se promueve el autocuidado.

La fenomenología descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (tiempo vivido), la espacialidad (espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la comunalidad (la relación humana). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone en énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones de los objetos, personas, sucesos y situaciones⁴⁷.

Una de las premisas de la fenomenología se refiere a que las percepciones del individuo evidencian para la existencia de su mundo, no como lo piensa, sino como lo vive; así el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. Otra de las premisas, señala la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos⁴⁴.

De igual modo, este enfoque se ha de utilizar, cuando las realidades cuya naturaleza y estructura sólo puede ser captada desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante el método fenomenológico, el cual nació y se desarrolla para estudiar estas realidades como son en sí, permitiendo se manifiesten por sí mismas sin constreñir su estructura desde fuera, sino respetándola en su totalidad⁴⁸.

“Su objeto de estudio, es la forma como los hombres comunes de una sociedad constituyen y reconstituyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente como proceden para producir y experimentar la vida diaria”⁴⁹.

4. 2 Contexto y lugar dónde se realizó el estudio

Los planteamientos de investigación cualitativa son más generales, no obstante, deben situarnos en tiempo y lugar⁵⁰.

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Marina Nacional del ISSSTE en la Ciudad de México, con adultos mayores integrantes de un grupo de autocuidado. Como antecedente de la CMF, inicia su función el 9 de diciembre de 1961, brindando atención médica de tipo mixto, de Medicina General y Especialidad, funcionando así por 19 años, en 1980 cambia su actividad a Clínica de Especialidades, funcionando así por cuatro años y el 1 de Diciembre de 1984 cambia nuevamente para convertirse en Clínica de Medicina Familiar que hasta la fecha sigue operando con este título, ésta Unidad fue designada en 1985 hasta 1992 sede académica para la formación de Médicos Especialistas en Medicina Familiar , egresando 5 generaciones.

A partir de 1993 la Clínica ingresa al sistema escolarizado convenio ISSSTE-UNAM, para la formación de Médicos Generales a Médicos Especialistas. En 1999 a través de la UNICEF, es certificada con excelencia como Clínica Amiga de la Mujer y la Familia, y a partir del 2003 se comienzan a elaborar trabajos para la Certificación de la Unidad por el Consejo de Salubridad General y la Norma ISO-9001-2000, en el 2010 recibe la certificación y actualmente se encuentra realizando trámites para volver a inscribirse para una nueva recertificación por el mismo organismo certificador.

El Programa Integral de Salud que Promueve el Autocuidado, autonombado PISAAM, inició en el 2009, primero como programa piloto y tres años más tarde se estableció de manera permanente, el cual es guiado por un equipo interprofesional y cada uno de estos profesional tiene bajo su responsabilidad funciones propias de su área o disciplina, también se coordinan como equipo participando en actividades grupales como eventos alusivos a festejos como lo son, el día internacional del adulto mayor, ferias de la salud, semanas nacionales de salud, día internacional de la mujer, mes del hombre u algunas otras, todo el equipo con el objetivo de promover el autocuidado y motivando a los adultos mayores para asegurar un envejecimiento activo.

El PISAAM incluye varios módulos de prevención, detección y control de padecimientos crónicos; para tal actividad se realizan constantemente monitoreos de control y prevención a los adultos mayores, estos controles se realizan mensual y semestralmente a los participantes del programa, además de integrarlos en las diversas actividades, grupos de activación física, talleres de nutrición, grupo de actividades lúdicas propias para su edad. A todos los módulos o grupos se les canaliza a los programas que oferta el servicio de medicina preventiva, este servicio también funciona como filtro para captar a los adultos mayores candidatos para participar en el programa.

La CMF del ISSSTE cuenta con la infraestructura y organización para operar un programa de autocuidado; parte fundamental por la que se seleccionó como escenario para esta investigación. La dinámica de los grupos de apoyo es planeada y se organiza, por lo que se reúnen tres veces a la semana para realizar activación física y actividades lúdicas, además de cita individual mensual para sesión psicológica y nutricional; asimismo el por iniciativa del grupo se proponen diversas actividades de socialización; como festejos de cumpleaños, conmemoración o salida a algún paseo, actividades y contexto que contribuye en la socialización e integración con los miembros de estos grupos, lo anterior con la finalidad de que se sientan motivados para realizar las actividades programadas, mejorando con ello su calidad de vida, su productividad y por ende en su esperanza de vida.

Con base en los resultados, el PISAAM está integrado por tres grupos de apoyo o ayuda mutua trabajan actualmente de manera permanente desde 2012, que participan y se integran de manera voluntaria por afinidad, cada grupo integrado en promedio por veinticinco personas de la tercera edad de entre 60 y 80 años, organizados en los distintos días de la semana, de tal manera que se cumpla con el objetivo de promover el autocuidado por lo que se realizan actividades variadas que los motive y contribuya en el mejoramiento de su salud a fin de lograr una mayor independencia posible.

Los servicios de consulta externa, medicina preventiva y servicio social son los canales para detectar o canalizar a las personas de la tercera edad con el interés o la necesidad de incluir a los módulos de diabetes e hipertensión, a partir de ahí el equipo interprofesional de gerontología, conformado por un médico, enfermera, terapeuta y psicología, realizan la valoración aplicando varias escalas para establecer un diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Además de establecer coordinación con el personal del servicio de trabajo social para que los guíe en su decisión e integrarlos al grupo de interés, con la finalidad que inicien con su rutina de ejercicio físico y actividades lúdicas.

Asimismo, según se requiera se hace interconsulta para valoración y control nutricional, atención en los servicios de medicina preventiva donde se aplica y se lleva el control de inmunizaciones, detección y control en apoyo a los módulos ya establecidos de diabetes e hipertensión, también una vez que cada profesional del equipo interprofesional valora haciendo recomendaciones, mismas a las que coordina su continuidad realizando la contra referencia interna, para que siga su control en su módulo al cual está inscrito y continúe en los grupos de autocuidado.

Cabe destacar que la participación del profesional de enfermería en este programa es fundamental, al desempeñar los roles profesionales que lo distinguen:

Uno de ellos es el rol asistencial, donde individualmente valora al adulto mayor y con base a su capacidad física y cognitiva llena los diversos formatos exclusivos para esta población. Así también antes de que un adulto mayor se integre al módulo de activación física, en colaboración con el activador físico y la gerontóloga se realiza una valoración completa sobre las condiciones de salud en general, peso, talla, movimiento activo, y función respiratoria, ya que el tipo de actividad física que se propone depende de estos factores.

Lleva a cabo un monitoreo constante acerca de las actividades de autocuidado de cada adulto mayor, verifica que asista a laboratorio, al servicio de nutrición, al servicio de vacunación, dental y a su consulta habitual. Así como las actividades básicas como es la toma de signos vitales, medidas antropométricas, toma de glicemia capilar entre otras.

Con respecto al rol de educador, realiza labor educativa de prevención, control y promoción de su salud en los módulos de diabetes e hipertensión arterial, en los que da a conocer temas de interés puntuales y focalizados, contribuyendo así al mejoramiento de hábitos de autocuidado, así mismo está en la mejor disposición de resolver dudas que tengan los adultos mayores.

Ahora bien, en el rol de administrador, en conjunto con la trabajadora social participa en la gestión y planeación de actividades de los adultos mayores. Fuera de la unidad, como ejemplo, asistir a eventos deportivos y sociales, culturales, asistir a la casa de día para la persona de la tercera edad exprofeso para actividades recreativas y culturales.

Asimismo, como ya se mencionó anteriormente el programa inicia en esta unidad, por ello se hace una evaluación semestral por parte de las autoridades correspondientes, para ello el profesional de enfermería realiza la gestión planeada y logística el día del evento planeado para dicha evaluación en donde el profesional de enfermería participa organizando los grupos, así mismo el material, equipo y ejecutando la toma de signos vitales, medidas antropométricas y educación para salud reforzando las metas logradas por cada participante.

4. 3 Elección de los informantes

Para la elección de los participantes se hizo garantizando una heterogeneidad relativa, por lo que se hizo la invitación a los adultos mayores de los diferentes módulos de prevención, detección y control de padecimientos crónicos, mismos que integran un grupo de apoyo en común, situación que permitirá la mejor visión, mayor cantidad de visiones diferentes; para su integración se recurrió al apoyo del personal del módulo de geriatría, módulo de diabetes, trabajadora social y activador físico de la clínica, quienes proporcionaron la información necesaria para coordinar al grupo y buscar la estrategia para hacer el contacto con cada uno de los informantes.

Para lograr el interés y relacionarme con los participantes, acudí antes de realizar las entrevistas, a algunas de las clases de activación física, además de participar en un convivio con motivo del cumpleaños de uno de ellos. Platiqué con algunos de ellos y les planteé el proyecto y después de preguntarles si les agradaría participar fui haciendo la selección tomando en cuenta los criterios, pero sobre todo su entusiasmo en compartir sus vivencias de pertenecer al grupo.

Después de contactar a cada integrante al interior del grupo de apoyo, se les informo a cada uno de los informantes sobre la posibilidad de ser entrevistados, se hizo la selección de los informantes sobre todo que estuvieran de acuerdo en participar y disponer del tiempo para contestar la entrevista.

4.4 Descripción de los informantes

Los informantes de esta investigación son siete adultos mayores de ambos sexos, de entre 60 y 80 años, derechohabientes, con enfermedad crónica controlada o sin enfermedad alguna, pero con la característica primordial de participar en el programa de autocuidado incluidos en algunos de los grupos de apoyo o módulos de salud; mismo que fueron entrevistados y aceptaron compartir sus vivencias de envejecimiento activo.

4.5 Características de los informantes

No.	NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN LABORAL ACTUAL	TIEMPO DE PARTICIPAR EN EL GRUPO	ENFERMEDAD CRÓNICA O NO Y GRUPO AL QUE PERTENECEN
1	Eva	F	75 a	pensionada	7 años	Grupo de diabetes, yoga
2	Cony	F	72 a	Jubilada	10 años	Sin enfermedad crónica, grupo de yoga
3	Miguel	M	60 a	Empleado	4 años	Sin enfermedad crónica, grupo de activación física
4	Grace	F	68 a	Jubilada	5 años	Grupo de diabetes, actividad física
5	Andrés	M	60 a	Jubilado	3 años	Grupo de diabetes, actividad física
6	Lulú	F	68 a	Jubilada	10 años	Grupo de diabetes, actividad física
7	Norma	F	60 a	ama de casa	4 años	Grupo de diabetes, actividad física

FIGURA 2. Cuadro de características de los participantes.

4.6 Técnica de recogida de datos

Para el enfoque cualitativo, la recolección de datos resulta fundamental, lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas y seres vivos; en las propias “formas de expresión” de cada uno de ellos⁴⁷. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea individual, grupal o colectiva.

La recogida de los datos fue a través de la entrevista semiestructurada, técnica seleccionada para esta investigación para obtener los discursos de los informantes adultos mayores, con la finalidad de analizarlos y comprenderlos y así responder a la pregunta de investigación y generar conocimiento⁴⁷.

La entrevista cualitativa es una herramienta; más íntima, flexible y abierta. Ésta se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) u otras (entrevistados)⁴⁷. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y una construcción conjunta de significados respecto a un tema⁵¹.

La entrevista cualitativa, se entienden como un conjunto de encuentros reiterados, cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras. Las entrevistas semi estructuradas siguen el modelo de una conversación entre iguales, donde el propio investigador es el instrumento de la investigación; su rol implica no sólo obtener respuestas, son también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas⁵².

Las entrevistas semiestructuradas:

- El investigador previamente a la entrevista lleva a cabo un trabajo de planificación elaborando un guion que determine aquella información temática que quiere obtener.
- Existe una acotación en la información y el entrevistado debe remitirse a ella. Ahora bien, las preguntas que se realizan son abiertas. Se permite al entrevistado la realización de matices en sus respuestas que doten a las mismas de un valor añadido en torno a la información que den.
- Durante el transcurso de esta se relacionarán temas y se irá construyendo un conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado.
- El investigador debe mantener un alto grado de atención en las respuestas del entrevistado para poder interrelacionar los temas y establecer dichas conexiones. En caso contrario se perderían los matices que aporta este tipo de entrevista y frenar los avances de la investigación⁵¹.

Para la recolección de datos en esta investigación, se hizo con previa autorización y coordinación con las autoridades y equipo de salud, primero se identificó a los informantes adultos mayores interesados que cumplieran con los criterios descritos en el apartado de descripción de los informantes, características que se requerían para la participación en el programa de salud que promueve el autocuidado, posterior se platicó con cada uno de ellos planteando el propósito de la investigación y se acordó con cada uno la planeación para llevar a cabo la entrevista, paso siguiente se acudió a la clínica en los días y hora acordada, previo a la entrevista se le dio a conocer los objetivos del estudio, principios éticos de confidencialidad, además de informar sobre el consentimiento informado y la necesidad firmar este documento, una vez aclaradas todas las dudas y dar toda información necesaria para que el participante se sintiera seguro, se realizó la entrevista a cada informante.

Los datos fueron recolectados a través de la guía semi estructurada que elabora la investigadora, se grabó la entrevista, la cual duró 1 hora con ello asegurando la información obtenida, se recurrió al apoyo de las anotaciones en cuaderno de campo, registrando la gesticulación o expresiones de los informantes, en la entrevista los adultos mayores expresaron verbalmente sus vivencias de participar en un programa integral de salud, asimismo manifiestan en ella sus emociones, sentimientos, y desde luego el desarrollo de las fortalezas dentro de su marco de referencia y como ellos experimentan su realidad al interior del grupo de apoyo.

La guía consta de dos apartados, en el primer apartado se solicitan los datos generales del participante, además de la fecha, hora de inicio y término de la entrevista, el segundo apartado se plantea la primera pregunta detonadora general relacionada para la identificación de vivencias del adulto mayor participante en el grupo de autocuidado, posteriormente se elaboraron otras preguntas concernientes al tema. Asimismo, esta entrevista contiene apertura, desarrollo, cierre y agradecimiento.

4.7 Análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos textuales de esta investigación, resultado de la transcripción del discurso oral producido por los adultos mayores integrados en los grupos que participan en el programa de salud dónde se promueve el autocuidado, mismo que se hizo bajo la propuesta de Miles & Huberman⁸, método de análisis que “agudiza, clasifica, focaliza, descarta, y organiza los datos”, de tal suerte que las conclusiones puedan ser obtenidas y verificadas a partir de los datos condensados o reducidos.

Miles & Huberman⁸, entienden el análisis como un constante ir y venir reflexivo y cíclico, quienes lo tres subprocesos ligados entre sí: reducir los datos, exponerlos, y sacar y verificar las conclusiones, estos autores describen la reducción de los datos en términos de selección y condensación de estos.

En el primer subproceso, estos autores describen la reducción de los datos en términos de selección y condensación de estos. Los datos se reducen de maneras anticipadoras, a medida en que se escogen los marcos conceptuales y que se definan los instrumentos, casos y preguntas. Aquí los datos se resumen, codifican y se descomponen en sus temas, grupos y categorías⁸.

La exposición de datos es el segundo subproceso, describe las formas como los datos reducidos se despliegan en formas visuales por medio de diagrama o de cuadros, a fin de mostrar lo que implican, según los autores lo describen como un “ensamblaje organizado y comprimido de información que permite sacar conclusiones o actuar.”⁸

El tercer subproceso analítico que plantean estos autores es el de sacar y verificar las conclusiones. Es aquí donde se interpretan los datos expuestos y se extrae el significado. Las anteriores categorías no son vistas por los autores como momentos inconexos y lineales en términos cronológicos sino como finos hilos que

se tejen entre sí para constituir el análisis cualitativo, en todo momento hay una interacción entre dos de las tres categorías de análisis, sin embargo, las otras dos categorías siempre están en el entorno, latentes. Estas tres categorías constituyen la categoría mayor análisis cualitativo⁵¹.

De acuerdo a la propuesta de estos autores, el análisis de esta investigación en el primer subproceso de reducción o síntesis de datos, se realizaron primero las entrevistas semiestructurada debidamente planeadas y autorizadas, mismas que se grabaron, cada una teniendo duración de una hora aproximadamente, planteando minuciosamente cada pregunta y tomando las anotaciones pertinentes en el cuaderno de campo, del lenguaje oral y expresivo que surgiera durante la entrevista como (llanto, alegría, enojo, etc.) de los participantes.

Posteriormente se hizo la transcripción textual de las entrevistas, se clasificó, organizó la información en emic obteniendo códigos vivos, paso siguiente se hizo la reducción de los datos en etic, revisando varias veces la información para llegar a una selección, abstracción y transformación de los datos, buscando el núcleo de comprensión del texto, la selección de fragmentos, eliminación de fragmentos, selección de muestras como representantes de un conjunto de datos, elección de episodios usados para contar una historia, mismos que forman parte de la reducción y condensación de datos que representaron las primeras categorías y subcategorías emergentes.

En el segundo subproceso, para la presentación de los datos, la información se dispuso de manera organizada y sintetizada con el fin de obtener conclusiones que permitan actuar, se utilizó como estrategia el diagrama tal como lo proponen los autores, en el que se presentan las categorías y subcategorías que emergieron de los discursos y mostrándose en orden jerárquico conforme se fueron encontrando, en las que se distingue la ubicación y se identifican las estrategias a seguir; así como el estadio de la investigación.

En la tercera categoría o subproceso, conclusiones extracción/verificación: Una vez que se tuvo el análisis, abstracción y transformación de la información dispuesta en categorías y subcategorías; asimismo la revisión y entendimiento de la información teórica de esta investigación, tal como lo contemplan los autores, “la cual puede ser vista como una visión interna, percepción o entendimiento (insight) que se presenta durante la escritura”⁵², por lo que posteriormente se contrastó y se realizó una discusión con pares académicos, en las réplicas de resultados en otros conjuntos de datos o en extensas reflexiones minuciosamente elaboradas.

4.8 Temporalización

El estudio se inició en el mes de mayo 2016, en la práctica laboral, lugar donde identifiqué la necesidad y surge ahí la idea de este estudio, se hace la búsqueda de literatura con el propósito de la familiarización acerca del tema, información que fue requerida para integrar el planteamiento del problema e identificación de conceptos esenciales integrados el estudio.

La investigación se llevó a cabo en la unidad médica de primer nivel del ISSSTE, siendo la institución en la cual laboré, situación que favoreció para el reconocimiento e introducción al campo; en la que se realizaron algunas entrevistas semiestructuradas.

4.9 Aspectos éticos y legales

Para el desarrollo de este estudio fue fundamental considerar los principios éticos en todo momento, en la interacción con los participantes, en su autorización y en garantía del anonimato; respetando sus derechos y considerando que los participantes son seres humanos, y como tales con sentimientos e intereses propios. Para dar cumplimiento se consideraron disposiciones nacionales para una investigación tales como, la Ley General de Salud⁵³ y las disposiciones de los comités de ética del ISSSTE.

En lo dispuesto en la Ley General de Salud⁵³, la cual establece los lineamientos y principios a los cuales han de someterse las investigaciones científicas destinadas a la salud, misma que orienta en su desarrollo y se establecen los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar de la persona sujeta a una investigación.

En el marco de esta Ley, esta investigación se sujeta al artículo 13° el cual establece que toda investigación en la que el ser humano que sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar; asimismo en el artículo 14° en su quinta base, en la que describe y establece que debe otorgar un consentimiento informado por escrito⁵³.

La aplicabilidad de lo anterior se llevó a cabo explicando a cada participante los objetivos de la investigación y el carácter de confidencialidad de los datos solicitando a cada uno autorización, una vez que estuvieron de acuerdo se les dio a firmar el formato de consentimiento informado anexo, también se mantuvo la garantía de su anonimato, asignando un nombre distinto al suyo, este nombre se les asignó por parte del investigador o bien ellos mismos proponían alguno que les agradaría, con ello se respetaron sus derechos.

También se consideró el artículo 20° el cual establece la libertad de participar en el estudio y sin coacción alguna, desde luego he de referirme también al artículo 21° el cual menciona la seguridad que se mantendrá con respecto a la confidencialidad de la información que brindan los informantes⁵³. Dando cumplimientos a estos artículos, primero se hizo la invitación a los adultos mayores para que participaran de manera voluntaria, bajo su aprobación y con total libertad, respetando sus tiempos, así como de mantener el anonimato de la información que cada uno nos compartió, considerando que los colaboradores son seres humanos con sentimiento e intereses propios por lo que se tomó en cuenta en todo momento sus problemas e inquietudes.

Podemos distinguir con lo antes mencionado y en concordancia con el artículo 17°, que esta investigación está considerada sin riesgo, ya que no causa daño fisiológico, psicológico o social de los individuos que participan en el estudio⁵³. Se explico a cada participante los motivos de la investigación, asimismo en que consistiría su participación explicando todo proceso que se llevaría a cabo y sobre todo asegurándoles que nada afectaría a su salud o hacia su persona, además el mencionarles que el uso de la información obtenida sería estrictamente para beneficio de la propia institución y de los participantes, por lo que bajo su propia aprobación se grabaron las entrevistas siempre en condiciones de privacidad no causando ningún daño de índole físico o psicológico o social.

Así mismo atendiendo las disposiciones de los aspectos considerados por el comité de bioética y fundamentos jurídicos en el ISSSTE, mismos que son sujetos o alineados con la Ley General de Salud,⁵³ en los artículos antes mencionados. En los comités de ética en investigación, sus miembros siempre tienen en cuenta los principios bioéticos y desarrollan criterios de aplicación orientados a salvaguardar los valores de las personas.

4.10 Rigor metodológico

Morse⁵⁴ en 2005, plantea que los conceptos o constructos de confiabilidad y validez deben retomarse en una investigación cualitativa como estándares de rigor científico, por tres razones.

1. Porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles.
2. Rehusarse a utilizar los estándares de validez y credibilidad conduce a la marginación de la investigación cualitativa del paradigma científico predominante; es decir, se está construyendo a fortalecer la noción de que la investigación cualitativa es inválida, no confiable, falta de rigor y, por tanto, no científica.

3. Los criterios de credibilidad y auditabilidad propuestos por Guba y Lincoln⁵⁴ enfatizan la evaluación del rigor científico al finalizar la investigación, lo cual tiene el riesgo de que el investigador no identifique las amenazas contra la validez y confiabilidad del estudio, y las corrija durante el mismo

4.10.1 Credibilidad: Se reconoce cuando los hallazgos son “reales” o “verdaderos”, tanto por las personas que participan en el estudio –criterio ético– como por los que han experimentado el fenómeno estudiado –criterio emic-⁵⁵. Así también se refiere al valor de “verdad” o “verisimilitud” de los hallazgos que se han establecido por medio de observaciones prolongadas, compromisos o participación con los informantes o la situación en la que el conocimiento acumulativo es lo “verosímil” o las experiencias vividas por quienes son estudiadas”.

En este estudio se garantizó la credibilidad a partir de la observación directa y constante del fenómeno en estudio, la elaboración de notas de campo que respaldan y complementan la entrevista, asimismo con la transcripción textual de las entrevistas permiten asegurar el contexto natural de los sujetos del estudio, respaldando los significados de las vivencias de los adultos mayores dentro del grupo de apoyo.

4.10.2 Auditabilidad: Esta posibilidad de que otro investigador pueda seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya atendido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares⁵⁴.

Para garantizar la auditabilidad, en esta investigación se incluye un cuadro de descripción con las características de cada uno de los adultos mayores participantes en el programa integral de salud que promueve el autocuidado, permitiendo tener estos datos disponibles sin poner en riesgo su identidad, además se cuenta con las grabaciones de cada entrevista y la transcripción textual de las entrevistas aspectos que pueden ser auditables comprobando que no existe omisión alguna, así como el cuaderno de campo, elementos que se aseguran la esencia de las vivencias relatadas por cada informante.

4.10.3 Transferibilidad: También conocida como aplicabilidad, la cual se refiere a un hallazgo particular del estudio se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando los significados, las interpretaciones y las inferencias particularizadas del estudio completo. Debido a que el propósito de la investigación cualitativa no es producir generalizaciones sino más bien comprensión y conocimiento a profundidad en fenómenos particulares, el criterio de transferencia se centra en las similitudes generales de los hallazgos bajo condiciones, contextos o circunstancias ambientes similares.

Las similitudes con otras situaciones semejantes pueden contribuir a ampliar los usos del conocimiento. Es responsabilidad del investigador establecer si este criterio puede satisfacerse en un contexto similar, y al mismo tiempo preservar los hallazgos particulares originales del estudio.

Dando cumplimiento a este criterio en esta investigación se hizo la descripción de los informantes, posteriormente se organizaron los datos a partir de categorías y subcategorías emergentes para después contrastarse con la teoría o con otras investigaciones similares, con ello promoviendo los resultados encontrados a otras poblaciones.

CAPÍTULO V

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO V. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se presentan los hallazgos obtenidos en la investigación, los discursos de los adultos mayores permitieron describir los significados de sus vivencias, encontrándose dos categorías, la primera sobre la conciencia para el autocuidado que adquieren los informantes durante la participación en el programa de salud y la segunda sobre la integración grupal que se da a partir de la vivencia diaria.

De la primera categoría conciencia para el autocuidado, se derivan tres subteorías, motivación para vivir plenamente, beneficios de cambio de hábitos y aprendiendo a cuidarme. De la segunda categoría, integración grupal, se derivan dos subcategorías, convivencia grupal e importancia de compartir. (Ver figura 3).

Para la presentación de los hallazgos primeramente se muestra la conceptualización de cada categoría, asimismo se presenta cada una de las subcategorías con los discursos de donde emergieron estas y que permitieron fundamentarlas; de igual forma para cada subcategoría se hace una discusión partiendo de las investigaciones que se contemplaron en el estado del arte y mismas que permitieron dar sustento para el cumplimiento de un rigor metodológico.

VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES
EN UN PROGRAMA DE SALUD QUE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO

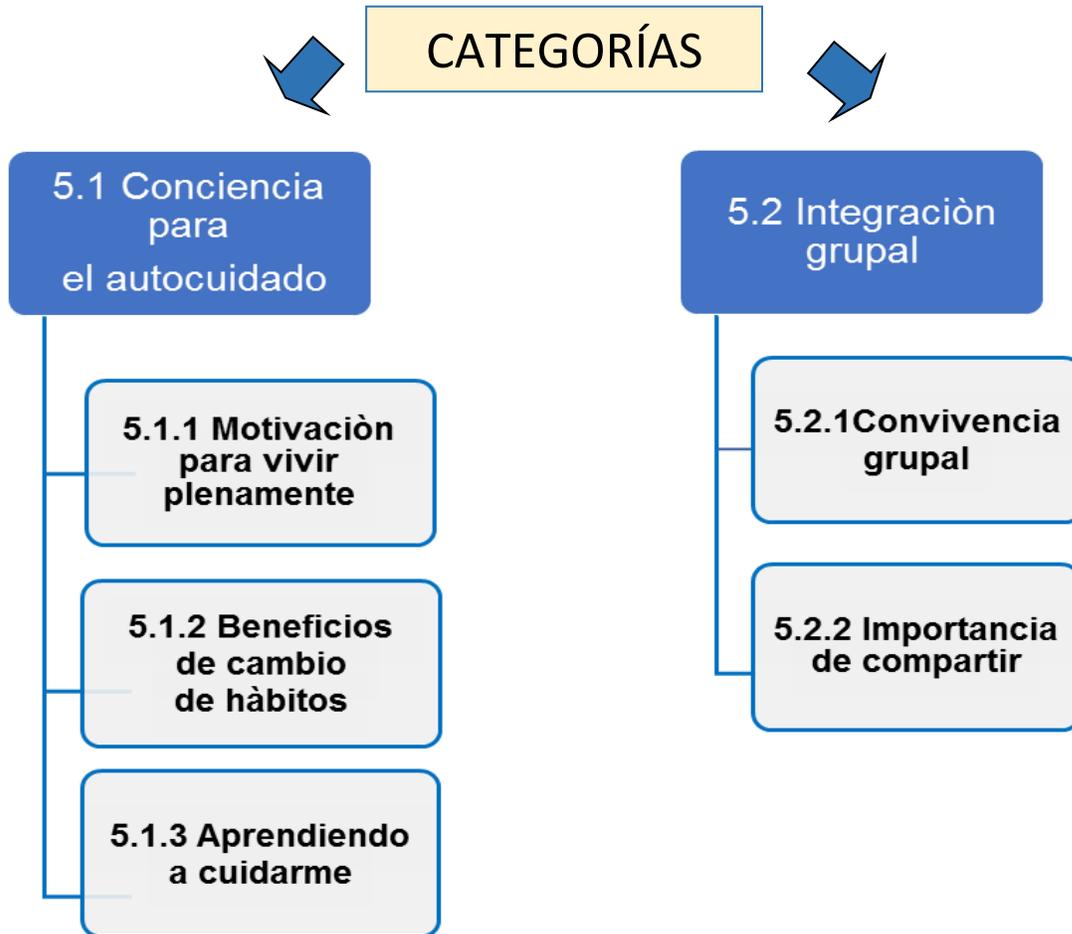


Figura - 3. Categorías y subcategorías.
Fuente: Elaborado por Ma. Cruz Solis Camarillo

5.1. Categoría 1. Conciencia para el autocuidado

Esta categoría se refiere a la capacidad que los adultos mayores adquieren para comprender la importancia de su autocuidado, las vivencias que tienen al formar parte de un grupo de salud adquieren matices diferentes para cada uno de ellos.

La toma de conciencia para el autocuidado es un constructo que se refiere a dos conceptos, por un lado la conciencia que hace posible saber de nosotros mismos, de nuestros actos que son pensados y razonados, “Sin conciencia, no sabríamos quiénes somos y qué pensamos”⁵⁶, y el autocuidado que según Orem⁵⁷ “Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar”.

Por su parte Bachelard,⁵⁸ en 1999 menciona que tener o estar consciente, entonces, implica más que la expresión de un hábito, es saber de nosotros mismos, saber de la fragilidad a la cual todo ser humano está expuesto, saber que los seres fluyen en los éxtasis temporales, esto es, que “el pasado deja una huella en la materia, por tanto, pone un reflejo en el presente y por tanto siempre está materialmente vivo”. Ser consciente es saber que el futuro presiona de tal manera el presente hasta que lo lanza al abismo más profundo del pasado, ser consciente de la salud es saber que estamos atrapados en un presente que se desvanece con el transcurrir del tiempo y con ello todo lo que se hace o lo que se deja de hacer. La conciencia de la salud implica mínimamente el autoconocimiento.

También en este contexto Heidegger,⁵⁹ precisa que los seres humanos se dicen a sí mismos, se interpelan, y aunque algunos no se hacen caso el llamado persiste, como la facultad que todos los sujetos poseen intrínsecamente a su existencia de llamarse a sí mismo. “La conciencia se revela como llamada del cuidado”.

El cuidado se da en los momentos en que el sujeto se vuelve sobre sí mismo, se valora, se evalúa, es consciente de su ser y de sus situaciones, de su existencia temporal y espacial. “La llamada de la conciencia, es decir, esta misma, tiene su posibilidad ontológica en el hecho de que el Dasein, en el fondo de su ser es cuidado”. El bien - estar es al cuerpo humano lo que la conciencia es a la promoción de la salud, bajo esta analogía podemos pensar en las implicaciones que tiene la conciencia, y, sobre todo, la toma de conciencia de la salud, en la promoción de esta⁶⁰.

Para la Real Academia Española⁶¹, la conciencia es la actividad mental del propio sujeto que permite sentirse presente en el mundo, conocimiento espontáneo, claro y reflexivo de una realidad.

La OMS,⁶² en 1982 definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

Por su parte, Tobón,⁶³ en 2016 considera que el autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud.

Para Orem,⁴⁰ el adulto mayor que participa en un programa que contenga actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como una “agencia de autocuidado”, que corresponde al grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

Finalmente, De la Cuesta et al.,⁶⁴ en 2007, concuerdan que, cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él⁶⁵. Según Watson en 1979⁶⁶, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

Ahora bien, con base en los discursos de los informantes la toma de conciencia para el autocuidado, son todas aquellas actividades para su cuidado que les permite realizar cambios favorables de manera consciente para mejorar su salud, se sienten motivados para vivir plenamente esta etapa de su vida, han percibido de manera positiva los beneficios de cambio de hábitos, por ello consideran que todo lo han logrado al aprender a cuidarse tanto física como emocionalmente.

A partir de ahí emerge tres subcategorías.

5.1.1 Subcategoría 1. Motivación para vivir plenamente

Con base en las vivencias de los participantes, esta categoría se refiere a los factores o estímulos capaces de motivar a los adultos mayores a realizar modificaciones en sus hábitos de vida a partir de la realización de actividades como el ejercicio físico, la convivencia grupal con personas con las mismas

características y problemas, acciones que les ayuda a mantenerse saludables, llevándolos hacia una sensación de plenitud en esta etapa de su vida, considerando que estos momentos son los que más disfrutan, percibiendo que su vida cambio en forma positiva.

Motivación para vivir plenamente que se refleja en los siguientes discursos:

Grace:

[...] el venir aquí son los momentos que más disfruto, me siento contenta, me siento plena, porque se preocupan por mí, además de otras cosas el ejercicio me ha ayudado mucho [...]

Naty:

Desde que vengo al grupo, estoy contenta, motivada, siento que estoy viviendo con plenitud, voy a donde quiero, camino y veo bien, tengo sesenta años, me siento joven todavía [...]

Miguel:

[...] al llegar aquí, mi vida cambió, me siento muy bien, el convivir con personas con el mismo problema, eso me motiva a seguir adelante [...]

Lulú:

[...] la activación física, me mantiene bien, ahora comprendo que mi salud es mi responsabilidad, vivo a gusto día con día, vivo feliz.

Discusión:

La motivación, es un aspecto relevante y positivo en la vida de las personas mayores, los impulsa a seguir adelante, perspectiva que sostiene el desarrollo de las actividades para el mejoramiento de su salud, como aluden los informantes Grace y Miguel quienes mencionan que *“al llegar al grupo de apoyo, su vida cambió, se sienten bien al convivir con personas con el mismo problema, lo que les motiva a seguir adelante”*.

Discursos que coinciden con lo encontrado por, Echavarría et al., 2010¹¹ en un estudio cualitativo fenomenológico, “Vivencias de la tercera edad de un grupo de adultos mayores” Una mirada analítico existencial” al describir la vivencia de un grupo de adultos mayores, encontró que para ellos es valioso e importante la motivación y el bienestar, constituyéndose ellos mismos como la vía de valoración de su propia vida, asimismo, plantea que una persona libre que vive aprobando, disfrutando y buscando un sentido a su vida, le permite vivir esta época en forma más plena.

También con respecto a la plenitud, Melguizo-Herrera et al.,⁶⁷ en 2014 en el estudio la calidad de vida de adultos mayores aborda la dimensión de plenitud personal y en sus resultados encuentran una relación favorable entre la actividad física que realizan las personas de la tercera edad con su buena salud, asimismo resalta que se obtuvieron buenos resultados en esta dimensión, ya que los participantes consideran tener sensación de plenitud al realizar actividades que mejoran la salud.

Ambos estudios resaltan la motivación y la plenitud de los adultos mayores al realizar acciones para la salud, lo que coincide con los discursos de la presente investigación, quienes refieren que al integrarse al grupo de apoyo y realizar el ejercicio físico, han mejorado favorablemente su salud, además consideran que esos momentos son los que más disfrutan, lo que les brinda una sensación de

plenitud, asimismo el grupo de ayuda mutua les proporciona un espacio dónde socializan y se sienten contentos.

Asimismo, esta sensación de plenitud se refleja en los discursos cuando los adultos mayores logran esa conciencia para llevar a cabo acciones para mejorar su salud, al respecto, Orem,³⁹ menciona que el cuidado independiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado.

Al respecto de la plenitud, *Naty*, alude “[...] desde que vengo al grupo, estoy contenta, motivada, siento que estoy viviendo con plenitud, voy a donde quiero, camino y veo bien, tengo sesenta años, me siento joven todavía [...]” y *Lulú*, menciona, “[...] la activación física, me mantiene bien, ahora comprendo que mi salud es mi responsabilidad, vivo a gusto día con día, vivo feliz [...].; vivencias muestran un cuidado independiente.

Orem³⁴, menciona que los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, contemplados en los ocho requisitos de autocuidado, a este respecto, los adultos mayores de esta investigación logran la motivación plena, a partir cumplimiento de algunos de estos requisitos como son: el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, el desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y el bienestar humano, resultados que logran al integrarse en el programa y desarrollar actividades que benefician su salud, acciones que repercuten en su estado emocional al sentirse contentos y vivir en plenitud.

5.1.2 Subcategoría 2. Beneficios de cambio de hábitos

Esta subcategoría se refiere a los beneficios que han experimentado los adultos mayores al modificar algunas de sus actividades cotidianas, al realizar ejercicio, cambios en los alimentos, aumentando su calidad y cantidad, evitando ayunos prolongados al tomar dos colaciones al día, acciones que les ha permitido interiorizar la transformación formando parte natural de ellos, hasta convertirse en

una actitud espontánea, que una vez que modifican y se mantienen, siendo los beneficios, una mejor condición física y psicológica, disminución de peso, niveles adecuados de glucosa y facilidad para el movimiento.

Por su parte la Real Academia Española describe como beneficio proveniente del latín *beneficium*, que significa, bien que se hace o se recibe. Así también beneficio se concibe como el bien que se hace o que en su defecto recibimos de alguien. Por lo tanto, el término beneficio es recurrente utilizado como sinónimo de utilidad y provecho⁶⁸.

Beneficios que se reflejan en los siguientes discursos:

Miguel:

[...] ahora que estoy en el grupo y he cambiado algunas cosas mi condición de diabético ha mejorado, he bajado de peso, mis estudios de laboratorio están normales [...]

Emma:

[...] cambie de hábitos y he visto resultados positivos en mi salud, ya no tengo colitis nerviosa y mi circulación ha mejorado.

Andrés:

[...] yo comía tres veces al día, ahora se convirtieron en cinco, aquí me inculcaron lo de las colaciones, ese hábito me ha traído beneficios en mi salud, me siento bien [...]

Grace:

[...] a mí me ha servido el ejercicio, me ha cambiado en forma positiva, baje 16 kilos y mi nivel de azúcar es normal, me siento muy bien.

Cony:

[...] el ejercicio, me ha beneficiado física y psicológicamente, tengo mejor movilidad [...]

Discusión:

Los beneficios del cambio de hábitos se reflejan en los discursos de los adultos mayores al mencionar, que el ejercicio les ha beneficiado física y psicológicamente, bajar de peso, tener mejor movilidad, asimismo, refieren mejoría en su condición de personas con enfermedad crónica al mantenerse bajo control, beneficios por los que aluden que su salud se ha beneficiado, situación por la que tienen sensación de bienestar que les permite apreciar que su vida ha cambiado positivamente.

Discursos que se vinculan con los resultados del estudio hecho por Maldonado-Guzmán et al.,⁹ en 2015 sobre beneficios que perciben los adultos mayores al integrarse a un grupo de ayuda, estudio que refleja beneficios a partir de integrarse a una estrategia de salud, dónde encontró mejoría en la autoimagen y autopercepción, asimismo, la calidad de vida y la actividad física semanal, estuvieron relacionadas significativamente con la autonomía, los niveles de movilidad, independencia y autoconcepto, que contribuye a la apreciación de la vida.

Por su parte, Sanhueza et al.,⁶ en el 2012 plantean en su estudio optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado, los resultados encontrados son el mejoramiento de la autopercepción de salud, además mencionan que estos beneficios influyen en los adultos mayores, en relación a lo ellos hacen o creen que pueden hacer, adquiriendo mayor protagonismo.

Estas dos estudios se relacionan con los resultados de esta investigación, ambos muestran evidencia de los beneficios que se obtienen en la salud de los adultos mayores al incorporarse en estos grupos de ayuda mutua, como son la autonomía para poder decidir sobre su propia salud, mejoran su autoconcepto, al respecto de los beneficios, *Miguel, alude “[...] ahora que estoy en el grupo y he cambiado algunas cosas y mi condición de diabético ha mejorado, he bajado de peso, mis estudios de laboratorio están normales [...]”,* asimismo, *Grace, refiere ciertos beneficios, al señalar “[...]a mí me ha servido el ejercicio, me ha cambiado en forma positiva, baje 16 kilos y mi nivel de azúcar es normal, me siento muy bien [...]”.*

Asimismo, los beneficios obtenidos por los participantes de esta investigación se relacionan con la TEDA de Orem³⁴, en la que define a la actividad de autocuidado, como la completa habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano, actividades de autocuidado que logran desarrollar participando en el programa de salud obteniendo grandes beneficios.

5.1.3 Subcategoría 3. Aprendiendo a cuidarme

Con base en las vivencias de los informantes, el aprendizaje para el cuidado al cual hacen referencia los adultos mayores, es el que adquieren a partir de su integración en el programa de salud, dónde conviven y asisten a diversos cursos dónde reciben información sobre su alimentación, activación física y enfermedades crónicas prevalentes en el grupo, como la diabetes; una vez que relacionan los conocimientos nuevos aprenden, creando consciencia que los lleva a realizar cambios de hábitos, con el propósito que mejorar su salud y obtener una mejor calidad de vida.

Al respecto del aprendizaje del propio cuidado, Orem,⁴⁰ en 1993 enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

También, menciona que el autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales³⁹.

Aprendizaje que se refleja en los discursos de los adultos mayores:

Lulú:

[...] ahora que tengo el conocimiento, ya tomé conciencia de cuidarme, no dejo la activación física, como a mis horas, evito el refresco, llevo mi agua para tomar a todos lados, eso que me ha permitido tener una buena calidad de vida [...]

Miguel:

[...] al llegar al grupo he aprendido mucho, por ejemplo, antes comía tres veces al día, ahora son cinco, incluí dos colaciones, también debo evitar ayunos prolongados y hacer ejercicio [...].

Naty:

[...] por lo que me han enseñado en los cursos, he aprendido y cambiado mi forma de comer, ahora consumo alimentos para diabéticos, sigo las recomendaciones, con el propósito de estar bien.

Grace:

[...] estar en el programa, me enseñó a conocer y aceptar mí enfermedad, hago ejercicio y no dejo de tomar mis medicamentos, uno se tiene que querer cuidándose [...]

Discusión:

Los discursos de los adultos mayores refieren que es de suma importancia adquirir conocimientos ya que estos permiten modificar conductas y a partir de este proceso han aprendido a conocer sus necesidades de salud y aceptar su enfermedad, asimismo este conocimiento les permite reconocer y ser conscientes de la importancia de actividades, como, realizar ejercicio, modificar su alimentación y tomar adecuadamente sus medicamentos.

Discursos que coinciden con los resultados de Maldonado-Guzmán et al., en 2015⁹ en la investigación titulada beneficios que perciben los adultos mayores al integrarse a un grupo de ayuda, mencionan que las personas de la tercera edad mostraron satisfacción por los conocimientos nuevos, y que a partir de estos conocimientos se logró crear un estilo de vida adecuado para la salud de las personas de la tercera edad, se obtuvo un aprendizaje significativo sobre la etapa de la vida que se está viviendo, además se encontraron actividades motivantes y agradables para la vida diaria.

Asimismo, se vinculan con lo encontrado por Sanhueza et al.,⁶ en 2012 en su investigación titulada, optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado, en el que manifiestan que existe la posibilidad de mantener o corregir el declive cognitivo natural del adulto mayor a través de un entorno estimulante, que para esta situación estuvo constituido por el programa con actividades integrales como sesiones de autocuidado que contribuyeron en la salud de las personas de la tercera edad.

Por su parte, Sandoval,⁶⁹ en 2010 alude que el conocimiento de sí mismo, construido a partir de la relación con el otro, genera comportamientos que influyen directamente en el cuidado de sí y se proyecta de la misma manera en el cuidado del otro. El cuidado de sí es denominado, autocuidado y exige un pleno conocimiento y reconocimiento de su cuerpo.

También, Hombrados et al.,¹³ en 2014 mencionan que en un grupo de apoyo social con personas mayores, conforme avanzan las sesiones, los participantes están satisfechos con el funcionamiento del programa y la totalidad de los sujetos se encuentran satisfechos, consideran que se han tratado temas de interés para ellos, que sus problemas se han abordado en el grupo, además de poder expresarse libremente dentro de él y de recibir apoyo de los miembros.

Los conocimientos construidos a partir de la asistencia a sesiones, la relación con otros y el cuidado, son datos de ambos estudios que concuerdan con los discursos de los adultos mayores de nuestro estudio, al mencionar que al integrarse al grupo han aprendido mucho en los cursos adquiriendo conocimientos que les permiten ser conscientes realizado cambios en sus hábitos, entre ellos la alimentación, incluyendo colaciones, no tener ayunos prolongados y discernir a la hora de seleccionar alimentos, sobre todo que sean alimentos adecuados para personas con diabetes mellitus, también, siguen recomendaciones, con el propósito de estar controlados en sus niveles de glucosa y conservar su salud.

Por su parte, Swanson en 1993,⁷⁰ a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Las evidencias de los estudios anteriores y la teoría de cuidados también coinciden con los discursos de esta investigación, al destacar la importancia del aprendizaje significativo que logran los adultos mayores sobre el cuidado de su propia salud.

5.2 Categoría 2. Integración grupal

Esta categoría hace referencia a la integración considerada como, un fenómeno que sucede cuando un grupo de personas unen al mismo a alguien que esta fuera, sin importar sus características y sin fijarse en las diferencias por ello⁷¹, el acto de la integración es muy importante para todas las sociedades de manera particular para los adultos mayores porque acerca a sus integrantes a la convivencia, a la paz y a la vida en armonía.

La integración concebida desde un punto social es lo que permite un avance en las condiciones de vida de la población porque permite que las fortalezas de una persona o de un grupo determinado cubran las falencias de otras personas o grupos⁷⁴.

Así también, un grupo se define como dos o más individuos que interactúan y son independientes y que se han juntado para lograr objetivos particulares. Los grupos informales, son alianzas que no están estructuradas formalmente, estos grupos son formaciones naturales en el ambiente que aparecen en respuesta a la necesidad de un contacto social⁷⁴.

Para la Real Academia Española la integración grupal está definida como, la integración y pertenencia a un grupo. Asimismo, las redes de apoyo y los recursos sociales son básicos para favorecer el proceso rehabilitatorio y la inclusión de las personas geriátricas a la sociedad⁶¹.

Con base en los discursos de los informantes la integración grupal, representa la relación que se construye entre las personas que se incorporan al programa de salud, dónde a partir de la convivencia grupal diaria con sus iguales y desarrollar diversas actividades lúdicas y de aprendizaje sobre su cuidado, logran sentirse parte fundamental de esa sociedad, considerando importante compartir los conocimientos con las personas que se van integrando a esas nuevas tareas, acción por la que se sienten satisfechos.

5.2.1 Subcategoría 1. Convivencia grupal

La convivencia grupal, es la unión, compañerismo y ayuda mutua que surge entre los adultos mayores, a partir de la interacción diaria al interior del grupo, dónde comparten diversas actividades diarias ya establecidas, valiosas para ellos, porque aprenden algo nuevo cada día, que influye en su de salud y estado de ánimo, vivencias compartidas en las que surgen pláticas que les ayuda a olvidar sus problemas, experiencias que les permite sentirse contentos y motivados.

Barrón,³⁷ afirma que la pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes.

Para Hombrados y Gómez¹², los grupos de apoyo facilitan el desarrollo de la autonomía personal. Desde la perspectiva de la potenciación (empowerment) los grupos de apoyo son considerados como un buen ejemplo de estrategia de intervención basada en los principios de dicha perspectiva. Estos grupos intentan devolverles a los sujetos el control sobre sus propias vidas, los sujetos se convierten en participantes activos en el desarrollo de recursos, en el afrontamiento de situaciones problemáticas y en la provisión de apoyo.

Martínez referido por Hombrados,¹² menciona que los grupos de autoayuda no están limitados en el tiempo y funcionan autónomamente sin la presencia de un profesional. En los grupos de autoayuda el propio grupo gestiona sus objetivos y formas de funcionamiento y en los grupos de apoyo se considera más adecuado ayudar al grupo con información sobre sí mismo, sus objetivos, y formas de funcionamiento. En la actualidad, para la mayoría de los autores, Taylor, Falke, Shoptaw, Lichtman y Barrón referidos por Hombrados,¹² argumentan que éstas no son categorías diferentes o grupos independientes, ambos pueden formar parte de un continuo donde al principio el grupo es dirigido por un profesional hasta que se consigue su autonomía como grupo de autoayuda.

Convivencia grupal que se refleja en los discursos de los adultos mayores:

Grace:

[...] en el grupo convivimos, cuando alguien se siente mal nos ayudamos mutuamente, es bonito que se preocupen por uno, por lo que me siento contenta [...]

Miguel:

[...] el grupo me ha ayudado a convivir, todas las actividades que hago con ellos influyen en mi salud y estado de ánimo, me siento alegre y motivado [...]

Lulú:

[...] soy parte del grupo, no faltó, para mí es una experiencia agradable el estar con ellos, es un día valioso, porque aprendo algo nuevo [...]

Cony:

[...] nos llevamos bien en el grupo, estamos unidos, convivimos, reímos, platicamos y somos respetuosos [...]

Naty:

[...] el grupo me ayuda, platicando logro olvidar los problemas, me distraigo [...].

Discusión:

Los participantes de este estudio refieren que, a partir de su integración en el grupo, al participar en todas las actividades que se desarrollan, les ha ayudado a convivir, situación que ha influido en su salud y estado de ánimo, se sienten alegres y motivados. Aspectos que concuerdan con lo encontrado en el estudio de Maldonado-Guzmán et al.,⁹ en 2015 dónde mencionan que la experiencia con el grupo que él investigo y la obtenida también en otras investigaciones previas relacionadas con estos mismos temas, indican que la salud de las personas, la solidaridad y la participación de la sociedad aumentan en la medida en que se fomentan y apoyan a los grupos de ayuda mutua.

Los grupos de apoyo influyen al beneficiarse emocionalmente, mejoran la actitud hacia la enfermedad y contribuyen en las relaciones significativas con otros es social y emocionalmente fortalecedor, debido a la oportunidad que genera para que los adultos mayores puedan compartir mutuamente sus experiencias promueve un ambiente que ofrece soporte social.

Por su parte, Hombrados et al.,¹³ argumentan que en un grupo de apoyo social con personas mayores se produce un aumento significativo en la percepción de apoyo social, tanto en la frecuencia del apoyo recibido, como en la satisfacción con el mismo. Así mismo reportan que los participantes se encuentran muy satisfechos con el clima existente dentro de sus grupos, ya que pueden expresarse libremente dentro de este y reciben apoyo de los miembros que lo conforman.

El apoyo y satisfacción al pertenecer a un grupo, son elementos que se reflejan en los discursos de los informantes, como lo que menciona; Grace, *“cuando alguien se siente mal nos ayudamos mutuamente, es bonito que se preocupen por uno”*, en cuanto a la satisfacción por el clima existente en el grupo, aluden en sus vivencias los adultos mayores sentirse alegres, motivados, situación que ha cambiado su estado de ánimo, se llevan bien, hay respeto y unión, lo que permite que ellos consideren que cada día que asisten al grupo es muy valioso.

También Zanhuenza⁵, argumenta que la participación en un programa con sesiones de autocuidado influye directamente en la funcionalidad de los adultos mayores, no encontrando los mismos efectos en un grupo de adultos mayores con similares características que no participan de este tipo de programa.

Finalmente, en la TEDA de Orem, menciona se propone dentro de los requisitos de autocuidado universal, a la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal³⁴. Situación que se relaciona con los resultados de este estudio, dónde los participantes aluden, *“nos llevamos bien en el grupo, estamos unidos, convivimos, reímos, platicamos, “el grupo nos ayuda, platicando logramos olvidar los problemas, nos distraemos”*.

5.2.2 Subcategoría 2. Importancia de compartir

Subcategoría que se describe en los discursos de los participantes, como el significado que ellos dan a la retribución que hacen compartiendo conocimientos con los nuevos integrantes, asimismo ayudándolos a integrarse al grupo con la intención que ellos también salgan adelante y contribuir en su proceso de aprendizaje con información oportuna que los motive hacia el cuidado de su salud, acción por la que los adultos mayores aluden sentirse valiosos, agradecidos con la vida y con las personas que en su momento les ayudaron a ellos.

Al respecto, Cameron⁷² en 1992, menciona que los grupos de autoayuda al permitir no sólo la recepción de ayuda sino también su provisión, al promover la participación conjunta de sus miembros en el proceso de ayuda y al incrementar la red natural de apoyo de sus miembros son capaces de incrementar los sentimientos de control de sus miembros sobre su propia vida y de estimular el desarrollo de su autoestima.

La Importancia de compartir dentro del grupo de ayuda mutua se refleja en los siguientes discursos:

Miguel:

[...] me gusta compartir, ayudando a integrar a los nuevos a estos grupos, retribuyo lo que a mí me han enseñado [...]

Grace:

[...] comparto los conocimientos con los nuevos integrantes, para salir adelante hay que ayudarse, porque nosotros somos todavía valiosos en la vida [...]

Lulú:

[...] me siento agradecida con la vida y con las personas que me han ayudado, por eso comparto mis conocimientos con los nuevos integrantes.

Norma:

[...] me encanta cuando vengo al grupo, ya que se les enseña a otras personas oportunamente, lo que uno, no hizo en su momento [...]

Discusión:

En los discursos de los informantes de este estudio aluden que, al pertenecer al grupo les ha permitido compartir los conocimientos con los nuevos participantes con el propósito de ayudarles a mejorar su salud, al compartir esta experiencia se sienten valiosos, agradecidos con la vida y con las personas que en su momento también les brindaron conocimientos a ellos.

Datos similares a lo encontrado por Rivera-Navarro,⁷³ en el 2003 en el cual mencionan que los grupos de ayuda son organizaciones de personas que comparten problemas psicológicos, físicos o existenciales, cuyos participantes se reúnen con el propósito de ampliar sus conocimientos y aprender de las experiencias de los demás, con el deseo de mejorar su calidad de vida.

Al respecto de la importancia de compartir, Maldonado-Guzmán et al.,⁹ en 2015, refieren en su estudio que la relación con el apoyo a sus semejantes, los adultos mayores manifestaron que es necesario hacer actividades de concientización acerca de no dejar solos a los nuevos integrantes, es necesario incluirlos en los grupos de apoyo, dónde se crea un ambiente acogedor en el que se gestionan los recursos de los miembros para afrontar los cambios. Además, la pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias o experiencias comunes.

Por su parte, Guzmán y Huenchuan,⁷⁴ en 2003 argumentan que las redes de apoyo son un conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, para evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan a un sujeto.

Estos autores también refieren en su estudio que existe un vínculo de reciprocidad, el cual se da en la medida en que el equilibrio en el intercambio de apoyos pueda ser un factor que influya sobre la calidad de los vínculos y fortalezca las redes con que cuentan las personas mayores depende de la equivalencia del intercambio, sean estos apoyos tangibles o no y sean éstos expresados a través de actos recíprocos o generados por la misma persona que da el apoyo.

Al respecto Kim et al,⁷⁵ en 2000 plantea que cuando se tiene un intercambio recíproco de apoyos, hay efectos psicológicos positivos en las personas involucradas.

Finalmente, Hombrados et al.,¹³ en 2004, menciona que en un grupo de apoyo social con personas mayores se produce un aumento significativo en la percepción de apoyo social, tanto en la frecuencia del apoyo recibido, como en la satisfacción con el mismo. La importancia del apoyo, la relación con sus semejantes, el vínculo de reciprocidad y la satisfacción al pertenecer al grupo social, concretados en la importancia de compartir, son datos encontrados en los discursos de los adultos mayores al mencionar, *“el compartir los conocimientos con los nuevos integrantes y ayudarles a integrarse a las actividades, es retribuir el apoyo recibido”*, acción por la que aluden los informantes sentirse valiosos y agradecidos por la vida, asimismo mencionan los adultos que tienen más tiempo participando en el programa de salud, sentirse con agrado cuando acuden al grupo y tienen la oportunidad de compartir sus conocimientos y enseñar oportunamente a las personas nuevas conforme se van integrando.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente investigación son presentadas desde diferentes aspectos.

El primero de ellos es en función del objetivo general, el cual se planteó para describir las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado, cumpliéndose, el cual es atribuido a la elección de la perspectiva metodológica cualitativa, contribuyendo para indagar la subjetividad de las vivencias de los adultos mayores.

De los hallazgos presentes en esta investigación emergieron dos categorías: 1). Conciencia para el autocuidado, 2). Integración grupal. De la primera categoría se derivaron tres subcategorías: Motivación para vivir plenamente, beneficios de cambio de hábitos, aprendiendo a cuidarse. De la segunda categoría emergieron dos subcategorías: Convivencia grupal e importancia de compartir.

En cuanto a la categoría de **“conciencia para el autocuidado”** el estudio refleja vivencias de los adultos mayores sobre la importancia de integrarse a un programa de salud, dónde desarrollan diversas actividades que promueven la salud y logran un aprendizaje significativo, que les permite realizar acciones favorables de manera consciente, logrando ser responsables de su propio autocuidado, por lo que aluden sentirse motivados para vivir plenamente esta etapa de su vida, asimismo han percibido de manera positiva los beneficios de cambio de hábitos.

Entre los beneficios más relevantes que refieren los adultos mayores en sus vivencias son que una vez que han logrado crear conciencia de su propio cuidado a partir de su participación constante en el grupo de apoyo, son en primer lugar, conocer sus necesidades salud, hacer modificaciones en sus hábitos, así como reconocer el apoyo de la red social dónde a partir de conocimientos comunes que se crean por las interacciones humanas y sociales expresados a

partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, se comparte el aprendizaje impulsando a los demás a crear también conciencia de su cuidado.

En la categoría de **“integración grupal”** el estudio refleja las vivencias de los adultos mayores al considerar que la integración grupal, representa la relación que se construye entre las personas que se incorporan al programa de salud, dónde a partir de la convivencia grupal diaria con sus iguales y desarrollar diversas actividades lúdicas y de aprendizaje sobre su cuidado, logran sentirse parte fundamental de la sociedad, también es importante para los adultos mayores compartir los conocimientos con las personas consideradas como nuevas en el grupo, mismas a las que se les facilita y ayuda a integrarse a las actividades de autocuidado, esta acción de retribución hace que las personas de mayor antigüedad se sientan satisfechas, por lo que estos beneficios deben ser promovidos a más personas de la tercera edad.

En esta subcategoría se evidencia que los adultos mayores se consideran parte valiosa de una sociedad, ya que en ocasiones se les estigmatiza, se les denigra y se les excluye, en este estudio los adultos mayores se perciben como personas activas que al integrarse en un ambiente motivador son capaces de aprender conductas sanas para su propio cuidado y ser multiplicadores de conocimientos para otros.

Las vivencias relatadas por los informantes develan un significado de vivir esta etapa de la vida como un proceso normal y natural, se vislumbra en sus discursos sensación de plenitud y de motivación realzando la importancia de la estrategia a través de los programas de salud que promueven el autocuidado como una opción para mantener activos a los adultos mayores no solo físicamente sino también mental y socialmente.

Los aportes de esta tesis constituyen un material muy importante para el quehacer de la Enfermería, pues la vivencia de la tercera edad será en los próximos años un tema de preocupación, frente a la cual deberá dar respuestas y líneas de acción que respondan a las necesidades y problemáticas que este grupo etario presentará.

CAPÍTULO VII

APORTACIONES

CAPÍTULO VII. APORTACIONES

7.1 Aportaciones a la disciplina

Esta investigación aporta a la disciplina a partir de los hallazgos, se identificó en los discursos de los adultos mayores en la categoría de conciencia para el autocuidado, fue analizada a partir de la teoría de enfermería, en este caso la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, a partir de sus conceptos y postulados otorga el sustento teórico a esta investigación.

Asimismo, considero necesario fortalecer dentro de los planes de estudio y modelos de atención, la estrategia de los programas de salud que promueven el autocuidado, como una adecuada opción para atender las necesidades presentes y futuras que se vislumbra ante la transición demográfica a nivel mundial y nacional de este grupo etario.

En cuanto a las políticas sociales y de salud del sector salud en México, se verán beneficiadas con este aporte disciplinar en cuanto al fomento del protagonismo de los adultos mayores en los programas de salud que promueven el autocuidado, en el primer nivel de atención y desde el enfoque cualitativo.

Asimismo, se fortalezca la agencia de autocuidado como un recurso útil en el control de los factores de riesgo, de enfermedades crónicas degenerativas y en la promoción de un envejecimiento activo, enfermería debe estar visible en el posicionamiento del sistema de salud, con proyectos, programas, intervenciones que involucren de forma integral al adulto mayor como principal protagonista en el diseño, ejecución y evaluación de estos, que lo conduzca a lograr estilos de vida saludables.

7.2 Aportaciones a la práctica

Ante la evidencia, es necesario promover estos programas de salud que promueven el autocuidado a más población adulta mayor de los diversos institutos de salud tanto del ámbito público y privado, estrategia que da muestra de beneficiar mejorando la su salud de este grupo etario, siendo un recurso importante en al ámbito social que los motiva a recibir y compartir con otros, actividad que los mantiene activos hacia un envejecimiento exitoso.

Es importante resaltar el compromiso que se requiere por parte de los profesionales de enfermería, en este caso principalmente en el ámbito del primer nivel de atención, que de acuerdo con la evidencia en este estudio son pilares al dirigir los programas de salud que promueven el autocuidado.

7.3 Aportaciones a la investigación

Se considera pertinente continuar con la realización de investigaciones con diseño cualitativo, y así, poder evidenciar las vivencias de los adultos mayores participantes de los programas de salud que promueven el autocuidado, ya que se encontraron pocos estudios desde este enfoque sobre todo en el ámbito del primer nivel de atención. Es conveniente realizar investigaciones en las que se profundice, con la finalidad de estructurar modelos de cuidado de enfermería dirigidos a esta población.

7.4 Aportaciones a la política pública

Al respecto, en respuesta ante el gran aumento de la población adulta mayor que se acrecienta a nivel mundial y nacional, esta investigación muestra evidencia en los discursos de los adultos mayores, que los programas de salud que promueven el autocuidado, son una excelente estrategia de salud para asegurar un envejecimiento activo, por lo que se sugiere contemplarlos en los modelos de atención, ya que no solo beneficiará a este grupo etario sino también impactara en el gasto público abatiendo costos de atención, asimismo se sugiere establecer otros programas de apoyo social teniendo como evidencia este estudio al reflejar que este beneficio produce en los adultos mayores sensación significativa de bienestar y motivación al sentirse agradecidos con la vida.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
UNIDAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



**GUÍA DE PREGUNTAS DETONADORAS PARA IDENTIFICAR LAS
VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES
EN UN PROGRAMA INTEGRAL QUE PROMUEVE DE AUTOCUIDADO**

Objetivo: Realizar una entrevista semiestructurada, para identificar las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de autocuidado.

Nota: En este momento se solicita la autorización al participante para el uso de grabadora durante la entrevista.

DATOS GENERALES:

FECHA: _____ ENTREVISTA No. _____

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____ EDAD: _____

PARTICIPANTE No. _____ ESTADO CIVIL: _____

LUGAR: _____ SEUDONIMO: _____

APERTURA: Buenos días Sr. (a) mi nombre es Maricruz Solis Camarillo estudiante de la maestría en enfermería (en este momento mencionar el objetivo de la entrevista y dar a firmar el consentimiento informado, además de un seudónimo de su preferencia para dar cumplimiento al código de ética).

**GUÍA DE PREGUNTAS PARA ABRIR CONVERSACIÓN (NO HAY ORDEN
ESPECÍFICO).**

1. ¿Cuál es su edad, estado civil, ocupación, es casado (a), platíqueme de la familia?
2. ¿Qué lo motivo para integrarse a un programa de salud?
3. ¿Cuánto tiempo lleva participando en el programa de salud?
4. ¿Qué le parecen las actividades de salud que se realizan en el programa de salud?
5. ¿Cómo se siente usted al formar parte de un programa integral de salud?

PREPREGUNTAS DETONADORAS

1. Platíqueme en general. ¿Cómo participa diariamente en el programa integral de salud?
2. ¿Cómo ha favorecido el formar parte de un programa integral de salud?
3. ¿Cómo se siente al formar parte de un grupo de apoyo?
4. ¿Qué cambios ha percibido en su salud?
5. ¿Cómo considera las sesiones de educación para la salud que se abordan en el programa de salud?
6. ¿Cómo se percibe usted al llevar a cabo actividades para cuidar su salud?
7. ¿Cómo podría describir en términos generales su dieta diaria a partir de su participación en el programa integral de salud?
8. ¿Qué me puede platicar sobre las diferentes actividades diarias que realiza en el grupo para mantenerse saludable?
9. ¿Cómo ha cambiado su vida al convivir con sus compañeros del grupo?
10. ¿Qué emociones percibe al realizar actividades de salud en un grupo de apoyo?

CIERRE:

- ¿Qué piensa usted acerca de lo que hemos estado conversado?
- ¿Qué agregaría usted sobre tema?

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer su participación, tiempo y disposición para platicar sus vivencias y le reitero que esta información será confidencial y espero siga participando conmigo

Que tenga una bonita tarde pronto estaré con usted para informar sobre los resultados.

Título del protocolo: Vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado

Investigador principal: Maricruz Solis Camarillo

Directora de tesis: Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez

Sede donde se realizará el estudio: ISSSTE CMF Marina Nacional

Con base el reglamento de la Ley General de Salud (1987) en materia de investigación para la salud, título segundo Capítulo I Art. 14 fracción V, que se refiere al consentimiento informado de las personas implicados en una investigación.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. El objetivo del estudio: **“Interpretar las vivencias de los adultos mayores participantes en un programa integral de salud que promueve el autocuidado”**.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada. Su participación en esta investigación consiste contestar un cuestionario, expresando sus vivencias, la cual será grabado con la finalidad de poder rescatar la esencia de la entrevista; la actividad está dirigida por la **Lic. Maricruz Solis Camarillo**.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Tomando en consideración el Art. 16 que hace referencia a la privacidad del individuo que está sujeto a una investigación.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor Fecha: _____

Testigo 1 _____ Fecha _____

Testigo 2 _____ Fecha _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador: He explicado al Sr(a). _____

_____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador y fecha: _____

FOTOS: PROGRAMA DE SALUD QUE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO

CMF MARINA NACIONAL ISSSTE



FOTOS: PROGRAMA DE SALUD QUE PROMUEVE EL AUTOCUIDADO

CMF MARINA NACIONAL ISSSTE



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Fernández V. Significado de envejecer en profesionales de enfermería en escenarios de su práctica. 2014

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Siglo XXI ¿La era de la explosión demográfica de los centenarios?, 2013. [en internet] [consultado el 10 de febrero del 2016] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_01/rde_01.html

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Cuantos somos, 2010. [en internet] [fecha de acceso 10 de febrero del 2016] Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

⁴ Zamarrón M.D. Envejecimiento activo: un reto individual y social. Universidad Autónoma de Madrid Rev. de ciencias sociales, 2013 mayo, ISSN: 2254-724X: p.449-463.

⁵ Sanhuenza M, Salas M, Merino JM. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Av. Enferm. 2012; XXX (1): 23-31 secretaria de salud. Por una cultura del envejecimiento. Instituto nacional de las personas adultas mayores, 2010.

⁶ Secretaria de salud. Por una cultura del envejecimiento. Instituto nacional de las personas adultos mayores 2010.

⁷ Alligood, MR, Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería. 8 ed. ELSEVIER. España: 2014.

⁸ Murillo J. Metodología de investigación avanzada. La entrevista 1994

⁹ Miles M. B., Huberman A. M. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Sage.1994

¹⁰ Dilthey citado por Aguilera M. Vivencias del egresado de enfermería en toma de decisiones clínicas [Tesis de Maestría]. México: Universidad Autónoma de México, 2016. Disponible en <http://132.248.9.195/ptd2016/mayo/405042711/Index.html>

¹¹ Reyes M. Edmund Husserl. Invitación a la fenomenología. 1ª. ed. España: Paidós; 1992.

¹² Alonso L. La mirada cualitativa en sociología Madrid: Fundamentos, 1998.

¹³ Sousa M. Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. Salud colectiva. Buenos Aires; 2010. 6(3): 251-261.

¹⁴ Barren 1960, citado por Zamarrón M.D. Envejecimiento activo: un reto individual y social. Universidad Autónoma de Madrid Rev. de ciencias sociales, 2013 mayo, ISSN: 2254-724X: p.449-463.

¹⁵ Kirkwood 2005, citado por Zamarrón M.D. Envejecimiento activo: un reto individual y social. Universidad Autónoma de Madrid Rev. de ciencias sociales, 2013 mayo, ISSN: 2254-724X: p.449-463.

¹⁶ Chawa 1988, citado por Zavala. Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y enfermería XII (2) 53-63 [en internet] [citado 2006 mayo 9] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

¹⁷ Mier. La tercera edad presencia indiscutible. Centro de cooperación regional para la educación de adultos en américa Latina y el caribe (CREPAL) Pátzcuaro México 2006.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OPS 2015 [en internet] [Consultado el 25 febrero de 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20LA%20SALUD%202015/RT%20C3%84DCULOS/>

¹⁹ INEGI Población estatal [en internet] [Consultado 26 de septiembre 2016] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>

²⁰ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OPS 2015 [en internet] [Consultado el 25 febrero de 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20LA%20SALUD%202015/RT%20C3%84DCULOS/>

²¹ Ham Changde R. CONAPO. [en internet] [consultado el 9 mayo de 2013] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico

²² Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OPS 2002 [en internet] [consultado el 25 Febrero de 2017] Disponible en: [file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20LA%20SALUD%202015/RT%20C3%84DCULOS/OMS-2002%20EL%20ENVEJECIMIENTO%20\(M-TEORICO\).pdf](file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20LA%20SALUD%202015/RT%20C3%84DCULOS/OMS-2002%20EL%20ENVEJECIMIENTO%20(M-TEORICO).pdf)

²³ Envejecimiento activo y saludable. Visión OMS/OPS Encuentro México-Japón. [en internet] [consultado 25 febrero 2017] Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/mexico-apon/03_AYALA_envejecimiento_activo.pdf

²⁴ Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OPS 2002 [en internet] [consultado el 25 Febrero de 2017] Disponible en: [file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N/A%20RT%20C%208DCULOS/OMS-2002%20EL%20ENVEJECIMIENTO%20\(M-TEORICO\).pdf](file:///C:/Users/aspire/Desktop/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N/A%20RT%20C%208DCULOS/OMS-2002%20EL%20ENVEJECIMIENTO%20(M-TEORICO).pdf)

²⁵ Envejecimiento activo y saludable. Visión OMS/OPS Encuentro México-Japón. [en internet] [consultado 25 febrero 2017] Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/mexico-apon/03_AYALA_envejecimiento_activo.pdf

²⁶ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Internet] Madrid España. 2014. [consultado el 19 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UJPgYGO>

²⁷ Sanhuenza Parra MI, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Avances de enfermería. 2012 abril; 30(1): p23-31

²⁸ Urbina Cedillo C. Los grupos de apoyo una alternativa en la atención de enfermos de Alzheimer y enfermedades similares [Tesis de licenciatura]. México: Universidad Autónoma de México, 1998. Disponible en: <http://132.248.9.195/pdbis/266437/Index.html>

²⁹ Cirigliano, F.J.G. Villaverde, A. Dinámica de grupos y educación. Buenos Aires: Editorial Humanita; 1982

³⁰ DeCs BIREME. Grupo de apoyo [base de datos en internet]. Brasil: Biblioteca virtual de la salud; 2014, [en internet] [consultado el 22 de noviembre del 2016] Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

³¹ Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo XXI. Madrid 1996.

³² Martínez Taboada, Palacin M. Grupos, bienestar, psicosocial y calidad de vida. En P. González, La psicología de los grupos. Madrid: Síntesis, 1997

³³ Orem D. Modelo de Orem. Concepto de enfermería práctica. España: MASSON-SALVAT 1993. pp.1-440.

³⁴ Maldonado-Guzmán G, Carbajal-Mata FE, Rivera-Vázquez P, Castro-García RI. Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):31-6

³⁵ Millán M. Evaluación de la capacidad y percepción del adulto mayor en la comunidad; 2010. 26(4) 222-234.

³⁶ Manríquez D. Tesis Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja" Universidad Nacional de San Marcos Lima Perú 2010.

³⁷ Echavarría AM. "Vivencia de la Tercera Edad de un grupo de adultos mayores" Una mirada analítico existencial. 2010. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

³⁸ Hombrados MI, et al., Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. Anuario de Psicología, vol. 3, 347-370, 2004. Barcelona España.

³⁹ Berrocal T. Redes de apoyo y recursos sociales en adultos mayores que acuden a la UMFR SXXI, 2012 [en internet] [consultado el 08 de enero de 2018] Disponible en:

<file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/ARTICULOS%20DISCUSIÓN/REDES%20DE%20APOYO-IMSS-2012.pdf>

⁴⁰ Melguizo Herrera, E. et al., Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Aquichan [en Internet]. 2014; 14(4):537-548. Recuperado de:

[file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Downloads/Calidad+de+vida+de+adultos+mayores+en+centros+de+protección+social+en+Cartagena+\(Colombia\).pdf](file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Downloads/Calidad+de+vida+de+adultos+mayores+en+centros+de+protección+social+en+Cartagena+(Colombia).pdf)

⁴¹ Marfil JS. Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor de la UMF no. 3. [tesis de especialidad]. Monterrey N.L. editorial; 2015

⁴² Taylor S, Bogdán R. "Metodología cualitativa". En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.1997*. España: Paidós Cap. 1 pp. 100-131.

⁴³ Ray, M. A. La riqueza fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas, 2005 En: J. M. Morse (Editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. (163-184). Alicante, España: Universidad de Alicante.

⁴⁴ Mayan M, PhD. Introducción a los Métodos Cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. [en internet] [consultado el 24 de enero de 2018] Disponible en:

<file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/LIBROS/introduccion-Mayan%202001.pdf>

⁴⁵ Patton Q. Qualitative evaluation and research methods, 2a. ed. Newbury Park CA, Sage.

⁴⁶ Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de la investigación cualitativa: Colombia Editorial Universidad de Antioquía. 2005.

⁴⁷ Álvarez-Gayou JL. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. 2ª ed. México: Paidós: 2006.

⁴⁸ Martínez M. Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación. México, Trillas 2001.

⁴⁹ Mercado F. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara. Universidad de Guadalajara. 1996.

⁵⁰ Hernández R.C, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2014. 5ta. ed., México: McGraw Hill.

⁵¹ Janesick V. Stretching: Exercises for qualitative researcher. Thousand Oaks, CA, EE. UU: Sage 1998.

⁵² Murillo J. Metodología de la investigación avanzada. La entrevista [en internet] [consultado el 25 de marzo de 2017] Disponible en:

[https://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entr_evista_\(trabajo\).pdf](https://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entr_evista_(trabajo).pdf)

⁵³ Secretaria de Salud. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. [en internet] [consultado el 10 de febrero del 2016] Disponible en:

file:///C:/Users/Acer/Documents/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20ARTICULOS%20MARZO-2017/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

⁵⁴ Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de la investigación cualitativa Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2005

⁵⁵ Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. *Columb Med.* 2003; 34(3): 164-7

⁵⁶ Damasio A. Y el cerebro hizo al hombre. ¿Cómo puede el cerebro generar emociones, sentimientos y el yo? Barcelona: Destino; 2010.

⁵⁷ Marriner T, Raile, M. Modelos y teorías en enfermería quinta Ed. Barcelona: ELSEVIER. 2003; p. 139

⁵⁸ Bachelard G. La intuición del instante. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.

⁵⁹ Heidegger M. Ser y tiempo. Santiago de Chile: Trota; 2003.

⁶⁰ Vanegas JH. Editorial. La Conciencia de la salud como expresión del cuidado. *Hacia la promoción de la Salud.* 2015; 20(2): 9-10. DOI: 1017151/hpsal.2015. 20.2/

⁶¹ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Internet] Madrid España. 2014. [consultado el 09 de septiembre de 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=A8k1FxD>

⁶² Organización mundial de la Salud, 2008 [Internet] [consultado el 09 de septiembre de 2017] Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>

⁶³ Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Pública; 2015. [en internet] [consultado el 21 de Septiembre del 2017] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/57224407/El-Autocuidado-de-La-Salud-Carta-de-Otawa>

⁶⁴ De la Cuesta BC. El Cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en enfermería 2007; 25(1): 106-112

⁶⁵ Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo 1: Cuidado práctica de Enfermería: Nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. Pp. 4-13.

⁶⁶ Watson J. Nursing: The Philosophy and science of caring. Boston; Little brown and company; 1979. P. 320.

⁶⁷ Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau Coneo M, Merchán-Duitama A, Montes-Hernández T, Payares-Martínez C, Reyes-Villadiego T. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Aquichan. 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8

⁶⁸ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Internet] Madrid España. 2014. [consultado el 06 de marzo de 2018] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=5LctDVj>

⁶⁹ Sandoval J. Constructivismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social Rev. Med, núm., 23, 2010, pp. 31-37. Facultad de Ciencias Sociales Santiago de Chile. [En línea] [Consultada 03 de marzo del 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/ARTICULOS%20DISCUSIÓN/SAND OVAL,%202010-APRENDER.pdf](file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/ARTICULOS%20DISCUSIÓN/SAND%20OVAL,%202010-APRENDER.pdf)

⁷⁰ Swanson KM. Nursing as informed caring for the wellbeing of others. The Journal of Nursing Scholarship 1993; 24(4): 352-357.

⁷¹ Robbins Stephen. Comportamiento Organizacional. 8ª. Edición. México: PRENTICE HALL; 1999.

⁷² Camerón 1972 referida por Mayan M, PhD. Introducción a los Métodos Cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. [en internet] [consultado el 24 de enero de 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/LIBROS/introduccion-Mayan%202001.pdf>

⁷³ Rivera-Navarro J. Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. Rev Antropol Exp. 2005; 5(13). [En línea] [consultada 04 de marzo del 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/ARTICULOS%20DISCUSIÓN/RIVERA-NAVARRO-GPOS%20DE%20AYUDA%20.pdf>

⁷⁴ Guzmán JM, Huenchuan S. Redes de apoyo social para adultos mayores: marco teórico. Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, [en internet] [consultado el 07 de noviembre del 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/Edgar%20Galvan/Documents/ARTICULOS%20DISCUSIÓN/REDES%20DE%20APOYO,%20GUZMAN%20Y%20HUENCHUAN-2003.pdf>

⁷⁵ Kim, Hye-Kyung, H. Misata, K. Ichiro y L. Sung-Kook (2000), "Social support exchange and quality of life among the Korean elderly", Journal of Cross Cultural Gerontology, vol. 15 (4), Kluwer Academic Publishers.