

Salud del adulto mayor: desafíos del profesional de enfermería

Olga Lidia Banda González
Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez
Gabriela Maldonado Guzmán

Coordinadores

Salud del adulto mayor: desafíos del profesional de enfermería /Olga Lidia Banda González,
Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez y Gabriela Maldonado Guzmán.—Ciudad de México : Colofón;
Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2020.
140 págs. ; 17 x 23 cm.

1. Personas adultas mayores – Salud e higiene 2. Personas adultas mayores – Cuidado I. Banda González, Olga Lidia, coord. II. Carreón-Gutiérrez, Carlos Alberto, coord. III. Maldonado Guzmán, Gabriela, coord
LC: RA564.8 S24 DEWEY: 362.19897 S24

Centro Universitario Victoria
Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso
Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149
consejopublicacionesuat@outlook.com

D. R. © 2020 Universidad Autónoma de Tamaulipas
Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000
Consejo de Publicaciones UAT
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • *www.uat.edu.mx*



Fomento Editorial Una edición del Departamento de Fomento Editorial
de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT
ISBN UAT: 978-607-8626-96-0

Colofón
Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460, Ciudad de México
www.colofonlibros.com • colofonedicionesacademicas@gmail.com
ISBN: 978-607-635-126-0

Publicación financiada con recurso PFCE 2020

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento del Consejo de Publicaciones UAT.
Impreso en México • *Printed in Mexico* El tiraje consta de 400 ejemplares

Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia. Asimismo fue recibido por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del segundo semestre 2019, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado de ambos dictámenes fue positivo.

"PARA CREAR COSAS BUENAS
PRIMERO HAY QUE CREER
EN ELLAS"



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
TAMAULIPAS
—1950-2020—

Salud del adulto mayor: desafíos del profesional de enfermería

Olga Lidia Banda González
Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez
Gabriela Maldonado Guzmán

Coordinadores



UAT



Fomento
Editorial





Ing. José Andrés Suárez Fernández
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Manuel Cappello Y García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dra. Rosa Issel Acosta González
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García
VOCAL

Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dra. Lourdes Arizpe Slogher • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Darío Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodríguez** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Akexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marcano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urra** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

Índice

Introducción	9
El adulto mayor en Tamaulipas. Datos demográficos y epidemiológicos <i>Carlos Alberto Carreón Gutiérrez, Olga Lidia Banda González y Gabriela Maldonado Guzmán</i>	11
Factores pronóstico para el automanejo de enfermedades crónicas <i>Laura Roxana de los Reyes Nieto, Francisco López Leal y Constancio Arturo García Pesina</i>	23
Adultos mayores en condiciones de cronicidad usuarios de unidades de primer nivel de atención <i>Cinthya Patricia Ibarra González, María del Refugio García Vázquez y Rosa Elvia Montoya García</i>	31
Niveles de adherencia terapéutica y hábitos relacionados con los factores involucrados en la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: Un estudio exploratorio <i>Aracely Díaz Oviedo, José Francisco Martínez Licona y Raúl Antonio Martínez Pérez</i>	41
Apoyo social como factor determinante del automanejo en personas con cronicidad <i>Gabriela Maldonado Guzmán, Olga Lidia Banda González y Carlos A. Carreón Gutiérrez</i>	55
Autoeficacia en adultos mayores <i>Hilario García Gallegos, Cinthya Patricia Ibarra González y Felipe Salazar Trujillo</i>	67
Depresión en el adulto mayor <i>Flor Esthela Carbajal Mata, Martina Colchado Ramos y Cinthya Patricia Ibarra González</i>	77

Depresión y sus efectos en el automanejo de enfermedades crónicas	85
<i>Cristina Rincón Gutiérrez, Marily Yecenia Velazco Cruz y María Guadalupe Esmeralda Vázquez Treviño</i>	
Pérdida significativa como factor de la dependencia al alcohol	97
<i>Sandra Angélica Ramírez Hernández, San Juana de Jesús Ramos Luna y Ma. Guadalupe Vázquez Salazar</i>	
Aislamiento social, soledad y deterioro cognitivo en el adulto mayor	103
<i>Luis Antonio Rendón Torres, Yólana Botello Moreno y Karla Iris Cuevas Martínez</i>	
Calidad de vida en el climaterio y menopausia	113
<i>Artemisa Sánchez Leo, Carlos Alberto Carreón Gutiérrez, María de la Luz Vázquez Saucedo</i>	
Percepción de salud y prácticas de auto cuidado en adultos mayores en condiciones de cronicidad	123
<i>Rosario Josefina del Castillo Gámez, Olga Lidia Banda González y Ana María Valdéz Rojo</i>	
Conclusiones generales	133
Reseña de los autores de los capítulos por orden alfabético	137

Introducción

Presentamos este libro que ha compilado resultados de proyectos de investigación de un grupo de profesionales del área de la salud, particularmente del área de enfermería, interesados en la salud de los adultos mayores. Se pretende dar respuesta a la necesidad sentida de estudiantes de pre grado del área de enfermería, de contar con referencias bibliográficas accesibles y actualizadas en el área de la salud y el envejecimiento, enfocadas en nuestro contexto regional. Los aspectos incluidos en este libro, constituyen una pequeña parte de los contenidos que deben conocer aquellos que asuman el compromiso personal y profesional de la atención integral de la salud de los mayores.

El perfil demográfico está creando una situación singular en el mundo y nuestro país no es la excepción; esta situación supera las áreas de la salud y la educación, trascendiendo al contexto político y económico. Los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010 aumentarán a casi 200 millones en el año 2050 (OPS, 2010). La esperanza de vida de los 60 años se ha incrementado de manera sostenida, actualmente en México la esperanza de vida es de 75.2 años en 2016, 77.8 años en mujeres y 72.5 años en hombres (INEGI, 2016).

Esta nueva situación demográfica y epidemiológica obliga a que los servicios de salud se adecuen rápidamente y den respuesta a las necesidades de atención de este grupo de población, ya que el conocimiento de sus necesidades y la atención que reciben no es uniforme, muestra desigualdades e inequidades en el acceso a los servicios médicos. Es así como uno de los desafíos actuales es preparar recursos humanos de enfermería que den respuesta a las necesidades de cuidado de esta población, donde la comprensión, protección, el cuidado a la salud y a la vida de los adultos mayores constituyan un deber generacional, una necesaria expresión de amor por la humanidad y un imperativo ético de los servicios de salud.

En este contexto, los Cuerpos Académicos Enfermería Comunitaria y Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería Victoria de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, han realizado una compilación de resultados de proyectos de investigación relevantes, pertinentes y actualizados de las Líneas de Generación y Aplicación de Conocimiento (LGAC) cuidado del adulto mayor y cronicidad, que pone a disposición de maestros, alumnos y trabajadores del área de la salud.

Las investigaciones realizadas fueron desarrolladas por académicos investigadores de la Facultad de Enfermería Victoria; Facultad de Enfermería Nuevo Laredo y Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, teniendo como eje central la identificación de factores de riesgo asociados a

padecimientos crónico degenerativos, la promoción de la salud, salud mental y el mejoramiento de su calidad de vida.

El libro está estructurado de la siguiente manera: el primer capítulo muestra un panorama general de la situación demográfica y epidemiológica del adulto mayor, enfatizando el contexto del estado de Tamaulipas. El segundo capítulo aborda el tema de las enfermedades crónicas a través de la identificación de factores de pronóstico para el automanejo. En el tercer capítulo, se muestra la situación del adulto mayor en condición de cronicidad que acude a unidades de primer nivel de atención.

El cuarto capítulo muestra una visión del adulto mayor respecto a la adherencia terapéutica y a los hábitos relacionados con los factores involucrados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El quinto capítulo muestra cómo el apoyo social es un factor determinante para el buen automanejo de la salud en los adultos mayores en situación de cronicidad. Esto permite enlazar con el tema de la autoeficacia del adulto mayor mencionado en el capítulo seis.

Los capítulos séptimo y octavo abordan la salud mental mediante el análisis de la depresión del adulto mayor y el efecto que tiene esta situación en el automanejo de las enfermedades crónicas. En el noveno capítulo se toca el aspecto de la pérdida significativa y su relación con la dependencia del alcohol, mientras que en el décimo capítulo se retoma el aislamiento social, la soledad y el deterioro cognitivo del adulto mayor. En los últimos dos capítulos se habla sobre la calidad de vida en la población adulta, donde se enfatiza la situación del climaterio y la menopausia, mediante la percepción de la salud y las prácticas de autocuidado.

Este libro no hubiese sido posible sin el apoyo del Ing. José Andrés Suárez Fernández, Rector de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, quien en consistencia con las políticas de su Plan de Desarrollo Institucional 2018-2021, donde reitera su compromiso con *“los Profesores en la publicación de los resultados de los proyectos científicos y de generación y aplicación del conocimiento”* (Plan de Desarrollo Institucional 2018-2021: 47). Confiamos en que esta publicación contribuya a fortalecer las capacidades de estudiantes, profesionales, personal de salud y de enfermería interesados en promover la salud y mejorar las condiciones de vida y el bienestar de los adultos mayores.

Dra. Aracely Díaz Oviedo
Dr. José Francisco Martínez Licona
LP. Raúl Antonio Martínez Pérez

El adulto mayor en Tamaulipas. Datos demográficos y epidemiológicos

Dr. Carlos Alberto Carreón Gutiérrez
Dra. Olga Lidia Banda González
Dra. Gabriela Maldonado Guzmán

Introducción

La estructura poblacional en México, como en el resto del mundo, se encuentra en constante cambio, siendo notorio el incremento gradual de la población adulta mayor. Este fenómeno se puede explicar mediante factores como el incremento de la esperanza de vida, la disminución de las tasas de fecundidad y en la disminución de enfermedades mortales infantiles, de la mortalidad materna y de la mortalidad en personas mayores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Desde el enfoque del sistema de salud, este incremento gradual del grupo de personas adultas mayores representa uno de los principales retos en cuanto a servicios de salud se refiere, sobre todo por las necesidades específicas que posee este grupo en particular.

La OMS (2017) usa la definición establecida por la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70), que establece que persona mayor es “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye entre otros, el de persona adulta mayor” (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015). En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, sobre la prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, establece en su fracción 4.2 que la persona adulta mayor es aquella que cuente con 60 o más años de edad.

Partiendo de las definiciones anteriores, el análisis demográfico y epidemiológico de adultos mayores en Tamaulipas se realizará a partir de los grupos de 60 años en adelante. La descripción de las características de esta población serán a partir de los resultados de la Encuesta Intercensal (EnI) 2015 y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2015, realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016, 2017). Las características epidemiológicas serán analizadas a partir de los datos disponibles de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) del año 2017. Finalmente, se muestran los factores de riesgo relacionados con la mortalidad, años vividos con discapacidad (AVD) y años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA), a partir de la información disponible para el 2017 del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

relacionado con el proyecto sobre la carga mundial de la enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés).

Situación demográfica y económica del adulto mayor en Tamaulipas, 2015

La EnI 2015 establece que Tamaulipas posee una esperanza de vida general de 75.49 años, 70.71 años en hombres y 80.29 años en mujeres (INEGI, 2017). De los 43 municipios del estado, Bustamante presentó la mayor esperanza de vida general (82.7 años), mientras que el municipio de Padilla presentó la esperanza de vida más baja (71.23 años) (INEGI, 2017). Por sexo, Miquihuana y Bustamante mostraron la mayor esperanza de vida en la mujer y en el hombre (86.95 y 80.18 años respectivamente); mientras que Jiménez y Padilla presentaron las esperanzas de vida más bajas tanto para hombres como para mujeres (63.97 y 75.75 años respectivamente) (INEGI, 2017) (tabla I).

Tampico es el municipio que tenía el mayor porcentaje de adultos mayores con respecto al total del estado (13.21%), seguido de Matamoros (12.95%), Reynosa (11.94%) y Victoria (10.02%) (INEGI, 2016, 2017). Los municipios con el menor porcentaje de adultos mayores con respecto al total estatal son San Nicolás (0.04%), Palmillas (0.09%), Cruillas (0.12%) y Nuevo Morelos (0.14%) (tabla I) (INEGI, 2016, 2017).

En cuanto a la distribución de la población de adultos mayores, Tamaulipas contó en 2015 con un total de 355 921 personas, representando el 10.34% de la población total del estado y el 2.86% de la población total de adultos mayores a nivel nacional (INEGI, 2016). Con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo, 2019), se estima que para el 2020 la población de adultos mayores sea de 11.55%, para el 2025 será 13.46% y para el 2030 el 15.57% de la población total del estado (figura 1). La EnI 2015 reportó que el 46.30% de los adultos mayores eran hombres y el 53.70% eran mujeres. Esta tendencia en la distribución por sexo se mantiene en las proyecciones que realiza Conapo para los años 2020, 2025 y 2030 (figura 1).

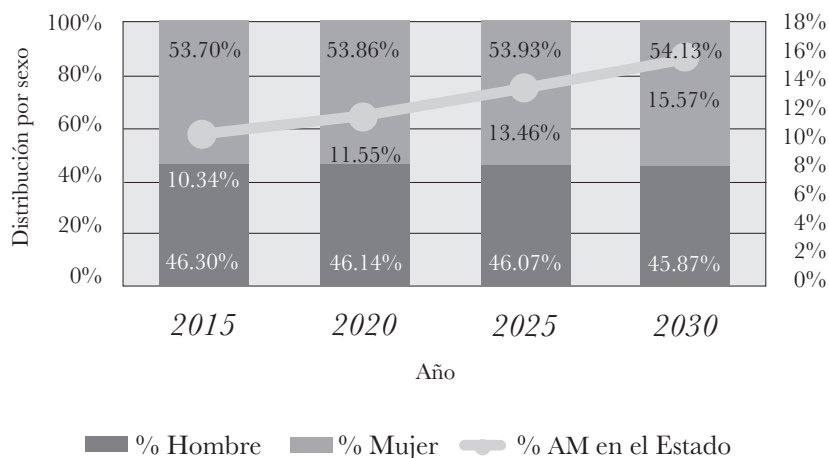
Tabla I. Esperanza de vida y distribución de la población adulta mayor en Tamaulipas, 2015

Localidad	Esperanza de vida (años)			Distribución	
	General	Hombre	Mujer	Población	Proporción
Abasolo	73.56	69.00	77.85	1961	0.55%
Aldama	77.25	75.25	79.10	4206	1.18%
Altamira	77.47	74.12	80.84	17 331	4.87%
Antiguo Morelos	81.79	79.66	83.57	1487	0.42%
Burgos	78.14	74.60	81.72	894	0.25%
Bustamante	82.70	80.18	85.57	1295	0.36%
Camargo	74.34	69.00	80.15	1858	0.52%
Casas	77.35	71.70	84.30	609	0.17%
Ciudad Madero	77.07	72.20	81.20	28 883	8.12%
Cruillas	76.22	69.62	83.55	411	0.12%
El Mante	75.73	71.43	79.67	16 937	4.76%
Gómez Farías	76.50	72.68	80.39	1497	0.42%
González	73.20	69.27	77.13	5467	1.54%
Güémez	74.57	68.46	81.65	2314	0.65%
Guerrero	80.79	76.83	85.12	626	0.18%
Gustavo Díaz Ordaz	73.19	68.37	78.20	2251	0.63%
Hidalgo	73.79	67.64	80.14	4596	1.29%
Jaumave	77.75	73.43	81.90	2296	0.65%
Jiménez	73.44	63.97	83.50	1220	0.34%
Llera	75.09	73.65	76.66	3644	1.02%
Mainero	78.46	73.36	84.37	589	0.17%
Matamoros	75.50	70.66	80.10	46 098	12.95%
Méndez	76.84	71.48	83.52	679	0.19%
Mier	76.46	70.98	82.86	717	0.20%
Miguel Alemán	75.03	68.12	82.29	3013	0.85%
Miquihuana	79.98	73.74	86.95	594	0.17%
Nuevo Laredo	71.68	65.00	78.53	32 712	9.19%
Nuevo Morelos	80.33	77.89	83.35	498	0.14%
Ocampo	80.26	77.54	83.32	2573	0.72%
Padilla	71.23	67.61	75.75	2205	0.62%
Palmillas	78.68	72.99	85.99	335	0.09%
Reynosa	73.40	68.42	78.35	42 510	11.94%

Localidad	Esperanza de vida (años)			Distribución	
	General	Hombre	Mujer	Población	Proporción
Río Bravo	76.33	72.00	80.59	12826	3.60%
San Carlos	76.43	72.91	80.08	1751	0.49%
San Fernando	72.09	65.51	79.32	6962	1.96%
San Nicolás	80.36	76.46	86.09	129	0.04%
Soto la Marina	78.54	73.66	83.65	3031	0.85%
Tampico	76.61	72.69	80.02	47 016	13.21%
Tula	78.67	75.19	82.24	4317	1.21%
Valle Hermoso	74.92	70.10	79.51	7090	1.99%
Victoria	76.82	71.30	82.09	35 668	10.02%
Villagrán	75.38	69.52	82.07	1309	0.37%
Xicoténcatl	76.43	74.57	78.04	3516	0.99%
Estatad	75.49	70.71	80.29	355 921	100.00%

Fuente: Adaptado de INEGI (2016, 2017).

Figura 1. Evolución de la población de adulto mayor en Tamaulipas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INEGI (2016) y Conapo (2019).

La mayor parte de la población reportó estar casada (52.26%) (tabla II), situación que se observa también en la población de hombres (65.57%) (INEGI, 2016). En el caso del grupo de mujeres, la mayoría reportó estar separada, divorciada o viuda (48.13%) (INEGI, 2016). Al primer trimestre del 2015, el ENOE reportó que la mayoría de los adultos mayores tenían la primaria incompleta (47.74%). Solamente

el 8.99% reportó haber concluido estudios del nivel medio superior y superior. El comportamiento por sexo de esta variable es similar para ambos casos.

En cuanto a la clasificación por estrato socioeconómico (tabla II), durante el primer trimestre del 2015 la mayor parte de la población adulta mayor se encontraba en el estrato medio bajo (50.08%) mientras que tan solo el 10.10% se encontró en el estrato alto (10.10%). Solo el 30.53% de los adultos mayores son considerados como población económicamente activa. Por sexo, el 47.33% de los hombres y el 17.44% de las mujeres realizan alguna actividad económica, donde la mayoría se encuentra en el estatus de población ocupada.

De la población no económicamente activa, sobresale el elevado porcentaje de mujeres que se encuentran dentro de esta categoría (82.56%). Finalmente, solo el 49.30% de los adultos mayores en el estado recibió algún tipo de apoyo económico por parte de los programas de gobierno (sea estatal o federal), donde el 58.23% de las mujeres y el 37.84% de los hombres fueron beneficiados durante el primer trimestre del 2015 (tabla II).

Tabla II. Características socioeconómicas de la población adulta mayor en Tamaulipas, 2015

Características	Hombre		Mujer		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
Estado civil						
Soltero	9114	5.53	13 550	7.09	22 672	6.37
Casado	108 061	65.57	77 938	40.78	186 004	52.26
En unión libre	13 085	7.94	7205	3.77	20 287	5.70
Separada, divorciada o viuda	34 345	20.84	91 985	48.13	126 316	35.49
No especificada	198	0.12	440	0.23	641	0.18
Escolaridad						
Primaria incompleta	76 304	46.30	93 380	48.86	169 917	47.74
Primaria completa	41 662	25.28	55 348	28.96	97 344	27.35
Secundaria completa	22 364	13.57	32 089	16.79	54 741	15.38
Medio superior y superior	24 473	14.85	8447	4.42	31 997	8.99
No especificado	-		1854	0.97	1922	0.54
Nivel económico						
Bajo	22 248	13.50	18 347	9.60	40 255	11.31

Características	Hombre		Mujer		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
Medio bajo	88 170	53.50	90 609	47.41	178 245	50.08
Medio alto	37 872	22.98	62 725	32.82	101 473	28.51
Alto	16 513	10.02	19 437	10.17	35 948	10.10
Apoyo económico						
Recibe apoyo	62 361	37.84	111 288	58.23	175 469	49.30
No recibe apoyo	102 442	62.16	79 830	41.77	180 452	50.70
Total	164 803	100.00	191 118	100.00	355 921	100.00

Fuente: Elaboración propia con datos del ENOE 2015 (INEGI, 2016).

Situación epidemiológica del adulto mayor en Tamaulipas, 2017

En la figura 2 se muestran los principales casos reportados en egresos hospitalarios, urgencias, mortalidad y lesiones. En 2017 se reportaron 11 655 pacientes adultos mayores que fueron egresados de las instituciones hospitalarias en Tamaulipas (DGIS, 2019a). Se destaca que el 72.84% de los egresos fueron por enfermedades no transmisibles, siendo la diabetes mellitus la principal de ellas (DGIS, 2019b). En cuanto a las urgencias, la mayoría de los registros corresponden a enfermedades del corazón (12.89%) (DGIS, 2019b). Los casos de traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas representan el 12.40% del total de urgencias en hombres, mientras que en las mujeres fueron las enfermedades del corazón (14.10%) (DGIS, 2019b). De los 12 458 casos de defunciones de los adultos mayores en Tamaulipas al 2017, las principales causas de muerte registradas corresponden a enfermedades no transmisibles (88.56%) (DGIS, 2019c). En primer lugar están las enfermedades isquémicas del corazón (19.69%), seguidas de la diabetes mellitus (17.90%) y de la enfermedad cerebrovascular (6.37%) (figura 2). En los hombres, la principal causa de muerte son las enfermedades isquémicas (20.05%); mientras que en las mujeres fue la diabetes mellitus (20.34%) (DGIS, 2019c).

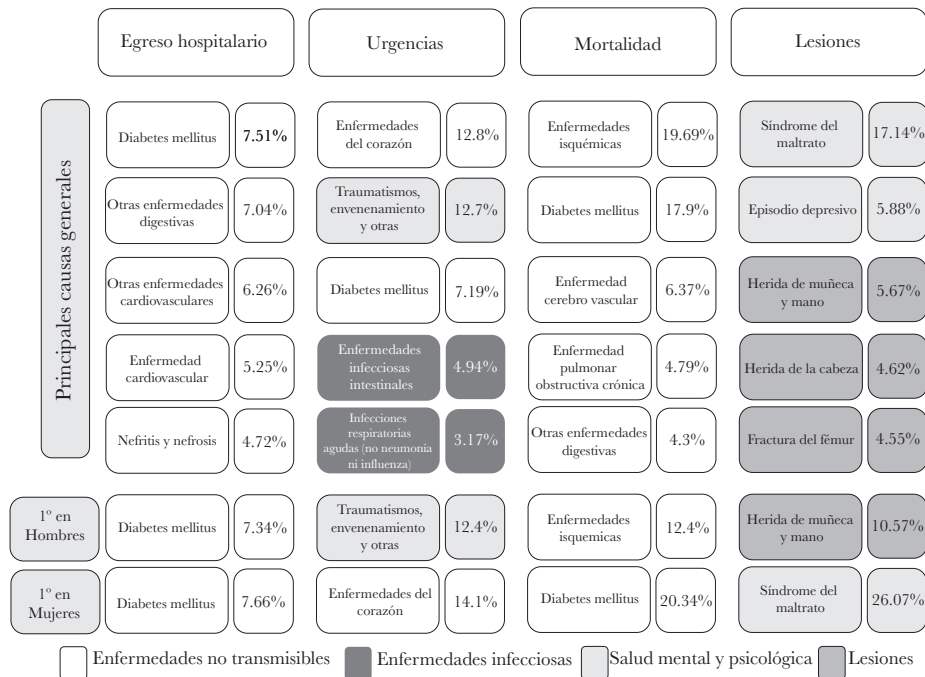
En cuanto a casos de lesiones, Tamaulipas reportó 1429 casos en adultos mayores durante el 2017, siendo la mayoría reportadas en el grupo de mujeres (65.50%) (DGIS, 2019d). La principal causa de lesión fue el síndrome de maltrato (17.14%), donde las mujeres presentaron el 26.07% del total de lesiones (figura 2).

En los hombres, la mayor parte de las lesiones se relacionan con traumatismos o heridas, siendo las heridas de muñeca y mano las principal causa de lesión (10.57%) (DGIS, 2019d).

Del total de lesiones reportadas en el estado en 2017, una tercera parte del total de ellas (33.94%) fueron reportadas como resultado de violencia. En la tabla III se muestran las principales características reportadas sobre la violencia percibida en el adulto mayor lesionado. Se destaca que la principal es la violencia psicológica (76.91%), siendo las mujeres el grupo más afectado por este tipo de situación.

En el caso de los hombres, la violencia física es la que más destaca. En cuanto al agresor, de los 408 casos del cual se obtuvo información, el 84.78% de los casos fueron hombres.

Figura 2. Principales causas de egresos hospitalarios, urgencias, mortalidad y lesiones en población adulta mayor. Tamaulipas, 2017



Fuente: Adaptado a partir de los datos de la DGIS (2019a, 2019b, 2019c, 2019d).

Tabla III. Características de la violencia hacia el adulto mayor. Tamaulipas, 2017

Característica	Hombre		Mujer		Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
Tipo de violencia						
Abandono y/o negligencia	-	0.00	8	1.72%	8	1.65%
Económica	-	0.00	11	2.37%	11	2.27%
Física	20	95.24	41	8.84%	61	12.58%
Psicológica	1	4.76	372	80.17%	373	76.91%
Sexual	-	0.00	32	6.90%	32	6.60%
Sexo del agresor						
Hombre	11	52.38	339	73.06%	350	72.16%
Mujer	2	9.52	30	6.47%	32	6.60%
No especificado	8	38.10	18	3.88%	26	5.36%
Datos perdidos	-	0.00	77	16.59%	77	15.88%
Total	21	100.00	464	100.00%	485	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos de la DGIS (2019d).

Factores de riesgo relacionados con la carga de la enfermedad en Tamaulipas, 2017

Una manera de analizar la situación de salud de la población es mediante el estudio de la carga de la enfermedad (Lozano et al., 2013). Bajo este enfoque, se obtienen indicadores compuestos como los años de vida asociados con discapacidad (AVD) y los años de vida saludables perdidos (AVISA) (Lozano et al., 2013), los cuales permiten conocer los factores asociados a casusas de morbilidad y mortalidad en las personas.

Empleando las herramientas visuales disponibles del proyecto del GBD, se identifican los factores de riesgo asociados a la muerte prematura, AVD y AVISA de la población adulta mayor. Los datos obtenidos solo permiten observar la situación de la población de 70 años en adelante. Los factores metabólicos se ubican como los principales factores de riesgo de muerte, AVD y AVISA, siendo la glucosa elevada, la presión elevada y el índice de masa corporal las principales de ellas (figura 3).

Figura 3. Principales factores de riesgo asociados a mortalidad, AVD y AVISA en población de 70 años y más. Tamaulipas, 2017.

Mortalidad	AVD	AVISA
Glucosa plasmática en ayuno elevada	Glucosa plasmática en ayuno elevada	Glucosa plasmática en ayuno elevada
Presión sistólica elevada	Índice de masa corporal elevado	Presión sistólica elevada
Índice de masa corporal elevado	Presión sistólica elevada	Índice de masa corporal elevado
Insuficiencia renal	Tabaco fumado	Insuficiencia renal
Colesterol LDL alto	Insuficiencia renal	Tabaco fumado
Tabaco fumado	Contaminación por partículas ambientales	Colesterol LDL alto
Contaminación por partículas	Densidad mineral ósea baja	Contaminación por partículas ambientales
Dieta baja en nueces y semillas	Consumo del alcohol	Dieta baja en nueces y semillas
Dieta baja en vegetales	Dieta baja en nueces y semillas	Consumo de alcohol
Baja actividad física	Colesterol LDL alto	Baja actividad física
Riesgos metabólicos	Riesgos ambientales/ocupacionales	Riesgos conductuales

Fuente: Adaptado de los resultados de IHME (2019).

Discusión

Para que el sistema de salud brinde un servicio adecuado a la sociedad, es necesario que tome en cuenta los cambios que se presentan durante el llamado proceso de envejecimiento de la población (Gómez, Vega, Tamez y Guzmán, 2013), caracterizado por el incremento gradual de la población adulta mayor. Esto implica una serie de desafíos en la atención de los servicios de salud debido a la gran cantidad de alteraciones de salud que afectan directamente la calidad de vida de este grupo poblacional (Cervantes, Villarreal, Galicia, Vargas y Martínez, 2015).

La enfermería en México tiene en claro que uno de sus objetivos está relacionado con el fortalecimiento de las acciones enfocadas en la disminución o retardo de la dependencia funcional del adulto mayor (Alarcón, 2014). No obstante, existen serios problemas atendidos con una inadecuada e insuficiente infraestructura que garantice el acceso, la atención segura y de calidad para el adulto mayor (Gómez et al., 2013). Esto se agudiza al no poseer profesionales capacitados para atender adecuadamente a los adultos mayores, o bien, no se encuentran establecidas las categorías laborales de geriatría y gerontología (Gómez et al., 2013).

La transición demográfica en Tamaulipas muestra un incremento gradual de la población adulta mayor, donde la mayor parte se concentra en regiones urbanas. Las principales urgencias, egresos hospitalarios y causas de mortalidad se relacionan con las enfermedades crónicas degenerativas. En el caso de las lesiones, es importante resaltar el problema del síndrome del maltrato, relacionable con problemas del tipo social y/o familiar, siendo una materia pendiente de atender dentro del sector salud.

Sobre los factores de riesgo existentes en la población adulta, la mayor parte tiene que ver con el aspecto metabólico. Muchas de estas características derivan de un déficit de autocuidado, o simplemente de una mala adherencia de los tratamientos para su enfermedad. Otros tienen que ver con aspectos conductuales tales como el estilo de alimentación y el consumo de alcohol y tabaco. También se denota con claridad la problemática de la falta de actividad física y el elevado índice de masa corporal que se está presentando en esta población.

Las características encontradas en la población de adultos mayores muestran una serie de necesidades en salud que bien se pueden orientar a la prevención de lesiones, a la promoción de estilos de vida saludable y al cuidado de las enfermedades crónicas degenerativas, mediante las acciones de la atención primaria en salud (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2008). La enfermería, como profesión orientada al cuidado de la salud de las personas, genera un impacto positivo en la atención de los adultos mayores, tomando en cuenta su papel activo como mediador social de salud en la comunidad. Sin embargo, existe la problemática de la limitada formación enfocada a la atención integral del adulto mayor.

Bibliografía

- Alarcón-Cerón, M. (2013). “Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la atención primaria a la salud”. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 21 (1): pp. 35-40.
- Cervantes-Becerra, R. G., Villarreal-Ríos, E., Galicia-Rodríguez, L., Vargas-Daza, E. R. y Martínez-González, L. (2015). “Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria partir de una valoración geriátrica integral”. *Atención Primaria*. 47 (6):329-335.
- Consejo Internacional de Enfermeras [CIE] (2008). “Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras al frente de la atención primaria de salud”. Ginebra: CIE. Recuperado de: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Actividades%20de%20Seapa/2008/DIE%202008.pdf>
- Consejo Nacional de Población [Conapo] (2019) Proyecciones de la población de los municipios de México, 2015-2030 (base 2) [Base de datos] Ciudad de México, México: Conapo. Recuperado de [https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-](https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la)

poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/7827cf8f-5315-4fc0-abb9-b732faacb6bd

Dirección General de Información en Salud [DGIS] (2019a) “Egresos hospitalarios. Cubos dinámicos (Base de datos)”. Recuperado de: http://www.DGIS.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

_____ (2019b) “Urgencias médicas. Cubos dinámicos (Base de datos)”. Recuperado de: http://www.DGIS.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_urgencias_gobmx.html

_____ (2019c) “Defunciones (Mortalidad). Cubos dinámicos (Base de datos)”. Recuperado de: http://www.DGIS.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

_____ (2019d) “Lesiones y causas de violencia. Cubos dinámicos (Base de datos)”. Recuperado de: http://www.DGIS.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_lesiones_gobmx.html

Gómez-García, S., Vega-Pérez, M., Tamez-Rodríguez, A. R. y Guzmán-Pantoja, J. E. (2013) “Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México”. *Atención Primaria*. 45 (5): pp. 231-232

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018). “GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington”, Recuperado de: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) [INEGI] (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas 2017*. México: INEGI.

_____ (2016). “Encuesta Intercensal 2015. [Base de datos]”. Ciudad de México, México: INEGI. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>

_____ (2016). “Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2015. [Base de datos]”. Ciudad de México, México: INEGI. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/encuestas/hogares/enoe/2010_pe_ed15/p15.asp?s=est&proy=enoe_pe_ed15_pmay&p=enoe_pe_ed15

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C., Franco-Marina, F., et al., (2013). “La carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México”. *Salud Pública de México*. 55: pp. 580-594.

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2015). “Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores”. Washington, D. C., EE.UU.: OEA. Recuperado http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Organización Mundial de la Salud (2017). Envejecimiento y cambios demográficos. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 20 de septiembre de 2019, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

Factores pronóstico para el automanejo de enfermedades crónicas

MSP. Laura Roxana de los Reyes Nieto

MSP. Francisco López Leal

MCS. Constancio Arturo García Pesina

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes mellitus (DM) y las enfermedades cardiovasculares, representan un problema de salud a nivel mundial. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destaca que del total de la población que vive con una ECNT, únicamente la mitad está diagnosticada y sólo una cuarta parte recibe atención médica. Aún más preocupante es el hecho de que una de cada diez personas con estas enfermedades es tratada con éxito (OPS, 2013). Está documentado que dichas enfermedades representan la principal causa de muerte a nivel mundial con 38 millones de defunciones, 40% de ellas se registraron en personas menores de 70 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En la región de las Américas, estas enfermedades fueron causa de 4.5 millones de muertes (OMS, 2015).

Datos más específicos indican que la prevalencia mundial de DM se estima en 8.5%, se acentúa en países de ingresos bajos y medios. En el caso de México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 reportó las siguientes prevalencias para ECNT con diagnóstico previo en adultos: DM 9.4%, hipertensión arterial (HTA) 25.5%, sobrepeso y obesidad combinados 72.5%. Cabe señalar que casi la mitad de las participantes con HTA (40%) desconocía su diagnóstico (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016).

Debido al gran impacto de las enfermedades crónicas en el estado de salud y los gastos de atención de salud, existe un creciente interés en programas de autogestión o automanejo. El concepto de automanejo, como reseñan Lorig y Holman (2003), tiene sus orígenes en la teoría del aprendizaje social de Bandura y en la aportación del concepto de autoeficacia. Grady y Gough (2014) lo definen como la atención diaria, por parte de las propias personas que cursan con alguna enfermedad crónica, es decir aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente.

Estos programas hacen hincapié en el papel central del paciente en el manejo de su enfermedad. Programas de auto-hombre-gestión tienen como objetivo ayudar a los pacientes con el tratamiento médico, el mantenimiento de las funciones vitales, y la gestión de las emociones negativas, como el miedo y la depresión.

Adicionalmente, estos programas proporcionan a los pacientes los conocimientos necesarios, habilidades y confianza (autoeficacia) para hacer frente a problemas relacionados con la enfermedad. Por último, el automanejo prepara a los pacientes a colaborar con sus profesionales de la salud y el sistema de salud.

Revisiones de investigaciones en el área de gestión de la atención en personas con condición crónica sugieren que la falta de comunicación y la falta de coordinación de la atención impiden la eficacia de los esfuerzos de gestión. Por el contrario, la prevención y el tratamiento de problemas crónicos de salud ha demostrado ser más eficaz en sistemas integrados donde existe una colaboración activa entre los clientes y los trabajadores de la salud, así como entre los propios profesionales de salud de la atención (Youngwerth y Twaddle, 2011).

Los estudios sobre el comportamiento de automanejo en personas con DM han documentado que se asocia con factores socio-demográficos, como edad, género, nivel educativo, estado civil y país de nacimiento. Además, se relaciona con factores clínicos como indicadores de salud general y factores psicológicos como depresión, confianza, conocimientos y educación en salud (Maneze, Everett, Astorga, Yogendran y Salamonson, 2016). También, en un estudio realizado en la India se reportaron correlaciones entre automanejo y problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos (León-Hernández et al., 2019)

El comportamiento de automanejo puede ser complejo, debido a la interacción con distintas variables que intervienen en el proceso de desarrollo del mismo. Cuando se habla del automanejo, se deben de considerar al menos tres aspectos de importancia:

1. Conocimiento, se refiere a que tanto conoce acerca de la condición en general, la descripción de la condición, que síntomas experimenta, el conocimiento de su tratamiento, para qué es el tratamiento, los efectos adversos del tratamiento y las consecuencias de no tomarlo.
2. Adherencia, incluye la toma de medicación, la decisiones tomadas sobre su estado de salud con el médico y comunicación con él, la asistencia y capacidad de solicitar citas médicas, si se mantiene al tanto y reconoce sobre los síntomas de alarma y si toma las medidas necesarias a las primeras señales de alarma cuando los síntomas empeoran.
3. Manejo de signos y síntomas, hace referencia si puede manejar los efectos secundarios de su condición con su actividad física diaria, mantiene el equilibrio de su estado de salud hacia cómo se siente, la interacción social a pesar de su condición y las estrategias tomadas para ayudar a adoptar un estilo de vida saludable.

Analizar la interrelación entre las variables es de suma importancia, ya que permitirá entender, prever y potenciar el automanejo en pacientes con ECNT. Por lo anterior el objetivo del estudio fue identificar las variables predictores para el automanejo de enfermedades crónicas.

Metodología

Estudio no experimental y transversal. La muestra no probabilística fue de 194 participantes con diagnósticos de DM e hipertensión arterial, usuarias de 7 Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de Cd. Victoria, Tamaulipas. El criterio de inclusión fue que el participante tuviera diagnóstico de ECNT con mínimo de seis meses del diagnóstico.

El automanejo fue evaluado con el Instrumento Partners in Health Scale (PHS) validado en México por Peñarrieta-de Córdova et al., (2014). Está conformado por 12 ítems organizados en tres dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas con un alpha de Cronbach de 0.89. Para interpretar el automanejo y sus dimensiones, se realizó la sumatoria de los ítems (total y por dimensión), los valores fueron estandarizados en una escala del 0 al 100, a mayor valor de la escala, mejor es el nivel de la dimensión. En México este instrumento ha sido validado con una muestra de 552 pacientes con diabetes, hipertensión y cáncer y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.8 y de acuerdo con las diferentes dimensiones: 0.78 para conocimiento; 0.86 para adherencia y 0.74 para manejo de síntomas.

Resultados

Como se puede observar en la tabla I, el promedio de edad de la muestra de estudio fue de 60 años, más de tres cuartas partes fueron de sexo femenino (83%). Respecto a su estado civil, el 60% es casado y el resto no tenían pareja (viudo, divorciado, soltero), poco más de mitad de los participantes (51.5%) reporta ser miembro de una familia nuclear en la actualidad. Finalmente, otro dato interesante es que el promedio de años escolares cursados fue de 7.3 años. El 99% cuentan con un tipo de seguro médico, todos presentan diabetes o hipertensión o ambas enfermedades. La mitad refiere presentar más de una enfermedad (tabla II).

Tabla I. Variables sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Resultado
Edad, años	59.91 (22.00-86.00)
Promedio (Mínimo-Máximo)	
Educación, años	7.50 (0.00-18.00)
Promedio (Mínimo-Máximo)	
Sexo n (%)	
Hombre	33 (17.00)
Mujer	161 (83.00)
Estado Civil n (%)	
Casado	116 (59.80)
Viudo	41 (21.10)
Divorciado	20 (10.30)
Soltero	17 (8.8)
Tipo de familia n (%)	
Nuclear	100 (51.00)
Nuclear modificada	41 (21.10)
Extensa	27 (13.90)
Pareja	12 (6.20)
Atípica	14 (7.20)
No. Miembros de la familia Promedio (Mínimo-Máximo)	4.14 (1.00-18.00)
n=194	

Fuente: Ficha de datos generales.

Tabla II. Aspectos de salud de la población de estudio

Variable	f	%
Diagnóstico actual		
Diabetes mellitus	60	30.90
Hipertensión	65	33.50
Diabetes e hipertensión	63	35.50
Cáncer	4	2.10
Obesidad	2	1.00
Años del diagnóstico de la primera enfermedad promedio (DS)	11.66 (8.29)	

Variable	f	%
Tipo de seguro		
Seguro Popular (SIS)	148	76.30
Seguro social	37	19.10
Ninguno	2	1.00
Otros	7	3.60
Total de enfermedades crónicas		
Una enfermedad	104	53.60
Más de una enfermedad	90	46.40
n=194		

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos.

Se preguntó a los participantes en relación a cómo perciben su calidad de vida, en una escala de valoración que va de 1 a 10, a más puntaje mejor percepción de su calidad de vida, un 30 % percibe su calidad de vida adecuada. Más de la mitad de la población presentan una percepción de su salud regular (58.2%). Los síntomas más comunes en condiciones crónicas, (fatiga, dolor, problemas respiratorios, estrés, y problemas para dormir) los resultados en una escala de 1 al 10, donde 10 es mayores problemas, indican que la población refirió presentar muy poco de estos problemas comunes, menos del 10% refirió presentar estos problemas en nivel severo. Y, el 33% de la población, refiere presentar algún nivel de trastorno depresivo, el 5% alcanza niveles moderadamente severos.

Otros hallazgos importantes fueron indicadores biológicos como: glucosa capilar, presión arterial y el IMC. Con relación a la presión arterial, aproximadamente la cuarta parte de la población presente problemas de presión alta. Los niveles de glucosa presentaron una media de 131 mg/dL, con rangos entre: 71 mg/dL a 400 mg/dL, una desviación estándar de 52.9, mostrando resultados heterogéneos. No se encontraron diferencias entre grupos intervenidos y control. Tampoco hay diferencias entre grupos en relación al IMC. Tres cuartas partes de la población estudiada presentaron problemas de sobrepeso / obesidad.

En relación al comportamiento en automanejo, los resultados indican que la cuarta parte de la población alcanza un comportamiento de automanejo adecuado; es en la dimensión de conocimiento donde alcanzan niveles mayores de porcentaje deficiente. Al analizar las variables pronóstico con el automanejo se encontró evidencia estadística para concluir que el estado depresivo es un factor pronóstico para el automanejo de enfermedades crónicas ($p=0.02$) (tabla III).

Cuadro III. Variables pronóstico del automanejo

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	DE	p
Automanejo	11	96	73.59	16.90	-
Percepción de salud	5	10	7.31	2.23	1.24
Percepción de calidad de vida	4	7	6.69	3.9	0.76
Trastorno depresivo	3	8	8.23	4.5	0.02
Síntomas comunes	5	9	6.73	5.2	0.12

n=194

Fuente: Partners in Health Scale (PHS).

Discusión

Con base en lo anterior, se puede concluir que el comportamiento de automanejo es complejo y no puede explicarse, ni predecirse, por un número limitado de variables. Uno de los aportes del presente estudio fue identificar como factor pronóstico del automanejo al trastorno depresivo, resultados similares se identificaron por Peñarrieta de Córdova, M. I., et al., (2013). Cabe mencionar que estos resultados son diferentes a lo reportado en estudios realizados en Malasia (Gunggu, Chang, y Cheah, 2016) y Australia (Maneze et al., 2016), aun cuando las diferencias culturales entre estos países es innegable, el comportamiento del automanejo tiene como antecedente la teoría del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura (Loring, 2003).

Conclusiones

Se sugiere continuar desarrollando modelos de trayectorias con base en los resultados del presente trabajo y las teorías del comportamiento de automanejo. Del mismo modo se sugiere realizar este tipo de estudios con muestras probabilísticas y de diferentes poblaciones debido a las limitantes asociadas a la distribución atípica de las variables sexo, edad y tiempo de diagnóstico en esta investigación. Es importante destacar que lo antes mencionado confirma elementos importantes para el desarrollo de programas de automanejo, área que es promovida en el modelo de atención a crónicos de la OMS y en la actualidad es liderada por el área de Enfermería.

Bibliografía

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Grady, P. A., y Gough, L. L. (2014). "Self-management: a comprehensive approach to Management of Chronic Conditions". *Am. J. Public Health*. 104(8): e25-e31

- Gunggu, A., Chang, C., Cheah, W.L. (2006). "Predictors of Diabetes Self-Management among Type 2 Diabetes Patients". *Journal of Diabetes Research*, 2016 (9158943): pp. 1-8. Recuperado de: <http://downloads.hindawi.com/journals/jdr/2016/9158943.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2016). "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016". (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- León-Hernández, R. C., Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Flores-Barrios, F., y Rivera, M. C. (2019). "Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas". *Enfermería Universitaria*. 16(2) Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n2/2395-8421-eu-16-02-128.pdf>
- Lorig, K. R. y Holman, H. (2003). "Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1): pp. 1-7. Recuperado de: <https://academic.oup.com/abm/articleabstract/26/1/1/4630312?redirectedFrom=fulltext>
- Maneze, D., Everett, B., Astorga, C., Yogendran, D., y Salamonson, Y. (2016). "The Influence of Health Literacy and Depression on Diabetes Self-Management: A Cross Sectional Study". *J Diabetes Res*, 2016: 3458969. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4995333/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida". Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=37D8BB319E73288C0A71320068578ED2?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). "Enfermedades crónicas. Temas de la salud". Recuperado de: http://www.who.int/topic/chronic_diseases/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). "Cuidados innovadores para las Condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas". Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
- Peñarrieta, D. C. M., Vergel, C. S., Lezama, V. S., Rivero, Á. R., Taipe, C. J., y Borda, O. H. (2013). "El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud". *Rev Enferm Herediana*, 6(1): pp. 42-49. Recuperado de: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>

Youngwerth, J., y Twaddle, M. (2011). "Cultures of Interdisciplinary Teams: How to Foster Good Dynamics". *Journal of Palliative Medicine*. 14 (5):650. Recuperado de: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2010.0395>

Adultos mayores en condiciones de cronicidad usuarios de unidades de primer nivel de atención

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González
LE. María del Refugio García Vázquez
ME. Rosa Elvia Montoya García

Introducción

Las enfermedades crónicas (EC), son padecimientos que se caracterizan por ser de larga duración y producto de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. De acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), son los causantes del 70% de las muertes de la población en el mundo, siendo los países con ingresos bajos y medios los más afectados.

Al 2015, las EC que encabezan los listados de padecimientos mundiales son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes mellitus (DM) (GBD, 2015; Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2015), mientras que los factores de riesgo metabólicos relacionados con las EC son la hipertensión arterial (HTA), la hiperglucemia, las dislipidemias y elevados índices de masa corporal (OMS, 2015; IHME, 2015). La HTA y la hiperglicemia se asocian con el 19% de las muertes en el mundo (GBD, 2016), por lo que su monitoreo, control y seguimiento es importante y necesario para procurar una mejor calidad de vida de las personas. En la población de adultos mayores (AM), tanto las EC como los factores de riesgo metabólicos están relacionados con las causas de muerte y riesgo para la salud en los últimos 20 años (IHME, 2015).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) reportó para el 2016 en México, 13.8 millones de personas como adultos mayores. Representan el 11.3% de la población total, porcentaje donde el 46.55% son hombres y el 53.45% mujeres (DGIS, 2014). Este grupo muestra un crecimiento paulatino y constante, estimándose que para el 2025 represente el 14.81% de la población del país (DGIS, 2014).

Tamaulipas sigue el mismo comportamiento demográfico que a nivel nacional, para el 2016, el 8.83% de la población pertenecía a los AM. 53.43% eran mujeres y 46.57% hombres. Se estima que para el 2020 sea del 11.48%, 13.32% para el 2025 y 15.49% para el 2030 (DGIS, 2014). En cuanto a la prevalencia de DM e HTA, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT-MC-2016), reporta una prevalencia de HTA de 37.2% en hombres y 55.6% en mujeres; mientras que para el caso de la DM, las prevalencias eran de

25.2% en hombres y 34.3% en mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2013). En este contexto, para poder atender a los AM con EC, se han establecido diversas estrategias. Una de ellas es mediante programas de intervención educativa, donde se proponen planes de cuidados dirigido por profesionales de enfermería (Vázquez, Ibarra, Banda, Vázquez y Rangel, 2011), con la finalidad de fomentar el autocuidado a través de la coparticipación del paciente (Vázquez et al., 2011; Peñarrieta, Krederdt, Flores, Reséndiz y Chávez, 2015). Este tipo de actividades suelen ser efectivas solo si el tiempo de la intervención no es prolongado (Vázquez et al., 2011). El objeto de dichas intervenciones es favorecer la toma de decisiones de salud en las personas, lo cual se orienta en el automanejo de la salud (Peñarrieta et al., 2015).

El automanejo es un término que se relaciona a la participación activa en el tratamiento por parte de la persona sana o enferma (Grady y Gough, 2014) y, habitualmente se ha enfocado su interés en aquellas personas con EC (Bonal y Cascaret, 2009). No debe usarse como sinónimo de autocuidado, educación y orientación a la persona en cuanto al cuidado de su salud y enfermedad (Cervantes, Villareal, Galicia, Vargas y Martínez, 2015). En realidad son todas aquellas actividades y tareas que realizan las personas tanto para prevenir enfermedades como para mantener un adecuado estado de salud contemplando cinco procesos: solución de problemas, uso de recursos, toma de decisiones, asociación por prestadores de servicios de salud y el actuar (Grady y Gough, 2014)

En el caso particular de México, los trabajos incluyen a personas de 20 a 59 años, realizando comparaciones entre grupos que recibieron o no algún tipo de intervención (Peñarrieta, León, Gutiérrez, Mier, González y Delabra, 2017; Martínez, Gutiérrez, Peñarrieta, Flores, León y Piñones, 2015), o si el sexo o grupo de edad era un factor de riesgo para el automanejo de EC (Martínez et al., 2015), o bien, la población analizada pertenece a dos países. La propuesta del presente artículo se enfoca al análisis de una población de AM que asiste a Centros de Salud Urbanos de Cd. Victoria, Tamaulipas, México, con el fin de encontrar diferencias o semejanzas en el índice de automanejo y sus componentes por sexo y EC.

Metodología

Estudio descriptivo, con análisis diferenciado por sexo y tipo de enfermedad. La población de estudio estuvo conformada por 194 usuarios del Centros de Salud Urbanos de la Jurisdicción Sanitaria No.1 de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Para fines de este estudio se trabajó con una muestra (n=104) de adultos mayores cuyo primer diagnóstico era diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas enfermedades. Seleccionados mediante un muestreo no probabilístico,

por disponibilidad. La recolección de la información fue realizada con el uso del instrumento “Escala Compañeros en Salud”, Partners in Health Scale. Está conformado por 12 ítems organizados en tres dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas (Peñarrieta, Vergel, Lezama, Rivero, Taípe y Borda, 2013). El instrumento fue validado por Peñarrieta de Córdova con un Alpha de Cronbach de 0.89. Para interpretar el automanejo y sus dimensiones, se realizó la sumatoria de los ítems (total y por dimensión), los valores fueron estandarizados en una escala del 0 al 100 donde a mayor valor de la escala, mejor es el nivel de la dimensión. En México este instrumento ha sido validado con una muestra de 552 pacientes con diabetes, hipertensión y cáncer y se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.8 y de acuerdo con las diferentes dimensiones: 0.78 para conocimiento; 0.86 para adherencia y 0.74 para manejo de síntomas.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de la información, se empleó el paquete estadístico STATA 12. Las variables sociodemográficas fueron analizadas con técnicas estadísticas descriptivas. Para el análisis comparativo, se utilizó la prueba de Mann-Whitney para comparar el índice de automanejo y sus dimensiones entre hombres y mujeres. Se contó con el consentimiento informado de cada una de las personas participantes así como la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Victoria. Y la autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria No.1.

Resultados

La caracterización de la población estudiada diferenciada por sexo se encuentra en la tabla I. La media de edad para ambos sexos es de 68 años, la mayor parte de la población estudiada la integran mujeres (80.39%). En cuanto al estado civil, el estar casados integra a la mayoría de mujeres y hombres (40.24% y 65% respectivamente), aunque también es notorio observar que el 37.80% de las mujeres reportan ser viudas. Solo el 0.98% de los AM, integrado principalmente por mujeres, no poseen seguro médico. En cuanto a su autopercepción del estado de salud, la mayoría de las mujeres (62.20 %) y de los hombres (50%) reportan tener un nivel regular de salud. En cuanto al tipo de enfermedad el 39.22 % de los participantes presentan ambos padecimientos (diabetes mellitus e hipertensión arterial).

El comportamiento del automanejo y sus componentes (conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas) de la población de AM diferenciado por sexo y diagnóstico se puede observar en la tabla II. Los AM muestran comportamientos adecuados en cuanto al automanejo, superando valores medios superiores a los 75 puntos, exceptuando el caso del conocimiento para AM con HTA, donde obtuvieron en el global 68.75. Según el sexo del participante, se

puede apreciar que tienen un comportamiento similar, mostrando diferencias en la variabilidad de la agrupación de los resultados. Tanto mujeres como hombres tienen un buen nivel manejo de signos y síntomas, así como de la adherencia al tratamiento médico indicado en cada caso.

No obstante, a pesar de mostrar un resultado favorable en la dimensión de conocimientos, se identifica leves deficiencias en el caso de los hombres. (65.62). Esto podría explicarse por los años que han transcurrido desde que se les diagnosticó la EC, los hombres presentan una media de 9.7 años y las mujeres 12 años.

Tabla I. Características sociodemográficas y de salud del grupo estudiado

Característica	Sexo		Global
	Mujer	Hombre	
Edad	67.50	68.00	68.00
(Mediana [q25-q75], años)	[64.00 -73.00]	[62.00-71.50]	[64.00-73.00]
Distribución (%)	80.39	19.61	100.00
Estado civil (%)			
Casada(o)	40.24	65.00	45.10
Viuda(o)	37.80	10.00	32.35
Divorciada(o)	13.41	10.00	12.75
Soltera(o)	8.54	15.00	9.80
Seguro médico (%)			
Ninguno	1.22	---	0.98
Seguro Popular	63.41	75.00	65.69
Seguro Social	28.05	25.00	27.45
Otro	7.32	---	5.88
Primer diagnóstico (%)			
Diabetes mellitus	24.39	20.00	23.53
Hipertensión arterial	34.15	50.00	37.25
Ambos diagnósticos	41.46	30.00	39.22
Percepción de salud (%)			
Excelente	2.44	5.00	2.94
Muy buena	3.66	---	2.94
Buena	37.71	45.00	34.31
Regular	62.20	50.00	59.80
n= 104			

Fuente: Cédula de datos generales.

Tabla II. Automanejo de la enfermedad por parte los Adultos Mayores

	Diagnóstico	Sexo		Global Mediana [q25-q75]
		Mujer Mediana [q25-q75]	Hombre Mediana [q25-q75]	
Automanejo		85.41 [75.00-95.83]	87.50 [75.00-94.79]	85.93 [75.00-95.83]
	Diabetes mellitus	83.33 [75.00-93.22]	91.66 [81.25-96.87]	85.93 [75.52-95.31]
	Hipertensión arterial	83.85 [75.00-96.35]	85.41 [73.95-92.70]	83.85 [75.00-95.83]
Conocimiento	Ambas	86.97 [78.12-95.83]	85.41 [82.29-93.75]	86.97 [79.16-95.31]
		87.50 [56.25-100.00]	78.12 [62.50-100.00]	87.50 [56.25-100.00]
	Diabetes mellitus	78.12 [59.37-100.00]	100.00 [87.50-100.00]	84.37[62.50-100.00]
Adherencia	Hipertensión arterial	68.75 [43.75-93.75]	65.62 [43.75-87.50]	68.75 [43.75-87.50]
	Ambas	87.50 [81.25-100.00]	78.12 [75.00-100.00]	87.50 [75.00-100.00]
		87.50 [77.08-100.00]	89.58 [77.08-100.00]	88.54 [77.08-100.00]
Manejo de signos y síntomas	Diabetes mellitus	83.33 [71.87-100.00]	98.95 [81.25-100.00]	85.41 [71.87-100.00]
	Hipertensión arterial	92.70 [78.12-100.00]	86.45 [75.00-100.00]	90.62 [75.00-100.00]
	Ambas	87.50 [83.33-95.83]	89.58 [81.25-93.75]	87.50 [82.29-95.83]
		89.06 [75.00-100.00]	89.06 [76.56-93.75]	89.06 [75.00-100.00]
	Diabetes mellitus	85.93 [76.56-96.87]	89.06 [75.00-93.75]	87.50 [76.56-95.87]
	Hipertensión arterial	90.62 [79.68-100.00]	90.62 [81.25-100.00]	90.62 [81.25-100.00]
	Ambas	89.06 [71.87-100.00]	82.81 [75.00-90.62]	87.50 [71.87-98.43]

Fuente: Partners in Health Scale.

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney indican que no existe evidencia suficiente para demostrar que las medianas de los índices analizados entre hombres y mujeres sean estadísticamente diferentes, por lo que su comportamiento es semejante entre ambos sexos (tabla III).

Cuando se comparan los grupos por primer diagnóstico, la prueba de Kruskal-Wallis no muestra evidencia suficiente para demostrar que existen diferencias en el nivel de automanejo ni en sus dimensiones.

Cuadro III. Comparación del índice de automanejo y sus componentes por sexo

Índice	Suma de Rangos				Significancia§
	Mujer		Hombre		
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
Automanejo	4214.50	4223.00	1038.50	1030.00	0.942
Conocimiento	4198.50	4223.00	1054.50	1030.00	0.833
Adherencia	4168.00	4223.00	1085.00	1030.00	0.639
Manejo	4278.00	4223.00	975.00	1030.00	0.639
n=104	* Significancia al 0.05		§ U de Mann-Whitney		

Fuente: Parters in Health Scale, Cédula de datos generales.

Discusión

Al comparar el comportamiento de automanejo y sus componentes por sexo, no se identifican diferencias, ambos géneros muestran comportamientos adecuados. Lo anterior coincide con lo reportado por Peñarrieta et al., (2015), que identificó que en el índice general no existe diferencia por sexo, pero si se observó una leve diferencia en la dimensión de conocimiento, donde reporta una media de 65, Cifra similar encontrada en nuestro estudio (65.62) en el caso de los hombres. Que como se comentó anteriormente esto podría explicarse por los años que han transcurrido desde que se les diagnosticó la EC. La literatura reporta que entre menos años de evolución de la enfermedad, existe menor nivel de conocimiento (Martínez et al., 2015; Vicente, Zerquera, Peraza, Castañeda, Irizar y Bravo, 2008).

Cuando se revisan los índices por enfermedad, en el automanejo, en el global es mejor cuando se tienen ambas EC, mientras que para el caso de la adherencia y el manejo de signos y síntomas se muestran mejores resultados en pacientes con HTA. Los niveles más bajos se registran en la dimensión de conocimiento, sobresaliendo el caso de la HTA. Esto en parte se justifica ante el hecho de que la población suele desconocer las características de esta enfermedad y explicaría el porqué del énfasis que le da INEGI cuando se habla de este padecimiento en grupos de AM y de las elevadas prevalencias de esta EC en México (IHME, 2015) y Tamaulipas.

Con relación a lo anterior, respecto a otros estudios, el trabajo de Peñarrieta y cols. (Peñarrieta et al., 2013) Identifica que las mejores puntuaciones en los índices

son aquellas personas con diagnóstico de DM, no obstante, no consideraron la opción de ambas enfermedades. Los resultados de dicho estudio (Peñarrieta et al., 2013), muestran que los niveles son menores en comparación con la población analizada en el presente estudio, por lo que los AM tienen mejores prácticas de automanejo o bien, han recibido apoyo y orientación adecuada por parte de los profesionales de la salud. Considerando que hombres y mujeres presentan comportamientos diferentes así como el tipo de EC, se realizaron pruebas estadísticas para verificar si los resultados de automanejo y sus dimensiones difieren entre dichos grupos. Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias, aunque se ha reportado que para las dimensiones de adherencia y manejo de signos y síntomas puede haber diferencias por tipo de enfermedad (Peñarrieta et al., 2013). En el caso de las diferencias por sexo no se puede realizar comparación alguna con otros estudios debido a que no se ha realizado al momento.

Conclusiones

El presente estudio muestra los resultados y la comparación de los índices de automanejo y sus dimensiones de AM diferenciados por sexo y tipo de EC. De manera general, los resultados obtenidos son mejores a los reportados en otros estudios realizados a nivel nacional, e inclusive a nivel de América Latina. En cuanto a la comparación por sexo, no se encontraron diferencias, exceptuando el caso de la dimensión de conocimiento. Por tipo de diagnóstico, los mejores niveles los muestran los pacientes con ambos padecimientos, no obstante en el caso de la HTA muestran bajos niveles en la dimensión de conocimiento. Independientemente del sexo o tipo de EC, no hubo diferencias entre los grupos de AM, pero esto no es indicio para considerar el tratamiento de las intervenciones de la misma manera para los diferentes tipos de EC.

Bibliografía

- Bonal, R. R., y Cascaret, S. X. (2009). “¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación”. *MEDISAN*, 13(1) Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n1/san18109.pdf>
- Cervantes, B. R. G., Villarreal, R. E., Galicia, R. L., Vargas, D. E. R., y Martínez, G. L. (2015). “Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral”. *Aten Primaria*, 47(6): pp. 329-335. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
- Dirección General de Información en Salud [DGIS]. (2014). “Cubo Estimaciones de Población 1990 a 2030. Conapo Censo 2010”. Recuperado de: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cconapo2010proy.html>

- GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). “Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risk or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015”. *Lancet*, 388(10053): pp. 1659-1724. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284>
- Grady, P. A., y Gough, L. L. (2015). “Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions”. *Am J Public Health*, 104 (8):e25-e31. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103232/>
- Instituto for Health Metrics and Evaluation [IHME]. GBD (2015). “Compare. Revisión de las primeras causas y riesgos relacionados con muertes, años de vida perdidos por discapacidad y años de vida saludable perdidos en México y a nivel Mundial”. Recuperado de: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2013). “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Tamaulipas”. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/Tamaulipas-OCT.pdf>
- Martínez, M. J. A., Gutiérrez, G. T., Peñarrieta, D. C. M., Flores, B. F., León, H. R. C., y Piñones, M. D. S. (2015). “La edad y el sexo como factores condicionantes del control de la enfermedad crónica en el primer nivel de atención: estudio retrospectivo”. *Cuid Salud*, 2(2):213-219
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). “Enfermedades no transmisibles”. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Peñarrieta, D. C. M., Krederdt S., Flores, F., Reséndiz, E., y Chávez, F. E. (2015). “Automanejo en Enfermedades crónicas: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer”. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 15 (4): pp. 43-56. Recuperado de: http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
- Peñarrieta, D. C. M., León, H. R., Gutiérrez, G. T., Mier, N., González, B. O., y Delabra, M. (2017). “Effectiveness of a chronic disease self-management program in México: a randomized controlled study”. *Journal of Ursina Education and Practice*, 7(7): pp. 87-94. Recuperado de: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/10781/6784>
- Peñarrieta, D. C. M., Vergel, C. S., Lezama, V. S., Rivero, Á. R., Taipe, C. J., y Borda, O. H. (2013). “El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud”. *Rev Enferm Herediana*, 6(1): 42-49. Recuperado de: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>
- Vázquez, M. G. E., Ibarra, C. P., Banda, O. L., Vázquez, M. G., y Rangel, N. E. (2011). “Control metabólico de los adultos mayores con padecimientos de diabetes mellitus e hipertensión arterial”. *Av Enferm*, 29(1): 22-29. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35845/37054>

Vicente, S. B., Zerquera, T. G., Peraza, A. D., Castañeda, Á. E., Irizar, H. J., & Bravo, V. T. (2008). “Calidad de Vida en el paciente diabético. Rev. Electrónica de las Ciencia Medicas en Cienfuegos”. *Medisur*, 6 (3). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/321/7521#>

Niveles de adherencia terapéutica y hábitos relacionados con los factores involucrados en la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: Un estudio exploratorio

Dra. Aracely Díaz Oviedo
Dr. José Francisco Martínez Licona
Lic. Psic. Raúl Antonio Martínez Pérez

Introducción

Una de las enfermedades más notables por su cronicidad y principal causa de muerte en el mundo lo constituye la diabetes mellitus según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), a pesar de que en la actualidad el área de la salud dispone de un arsenal científico y terapéutico para su tratamiento (Mercado, 1996). Este arsenal científico y terapéutico se enfrenta a diferentes fenómenos que se involucran durante el proceso salud-enfermedad de este padecimiento, que no contribuyen con la coherencia entre índices sobre la enfermedad y tratamiento, así, uno de los principales detractores de esta coherencia lo constituye la cultura como factor determinante en este proceso.

Diferencias culturales entre el discurso médico y de las instituciones de salud con la cultura de los enfermos, diferencias profesionales entre la cultura del médico y el equipo multidisciplinario que debería intervenir, y una notable y marcada diferencia entre los elementos del tratamiento para esta enfermedad y la cultura de los enfermos (Cardozo, 2001), son algunos de los aspectos que tendrían que revisarse e investigarse bajo la consideración de la necesidad de profundizar en estas diferencias culturales con el objeto de intervenir en el aspecto psicológico cultural tanto de los enfermos como de los encargados de brindar la atención médica en este ámbito. Autores han señalado que la adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica es fundamental para el éxito del tratamiento, teniendo un impacto apreciable en el control glucémico y los resultados clínicos. Las personas con buena adherencia presentan mejores cifras de HbA1c, menor riesgo de ingresos hospitalarios, menor mortalidad y menor gasto sanitario total (García, 2018).

En el campo de la medicina, la enfermería y la psicología se alude a la adherencia terapéutica, como un conjunto de conductas, hábitos o disposiciones de los enfermos que conllevan a mejorar la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, (Martínez, Torres y Díaz, 2017), todo esto suponiendo que las instituciones de salud, en su conjunto, y no solo el médico se encargará de brindar al paciente con oportunidad y suficiencia toda la formación e información

necesaria para la toma de medicamento, el seguimiento de una dieta, la modificación de su estilo de vida ligado a un plan de ejercicio saludable y por último procurar formación para un control emocional adecuado sobre la enfermedad. Sin embargo, un aspecto también importante a considerar en este cuerpo de intenciones sería el de los impedimentos no solo culturales, sino físicos, emocionales y económicos de las personas que padecen esta enfermedad, tomando en consideración que este conjunto de impedimentos a su vez pertenece a contextos específicos con procesos de construcción de nociones y concepciones cotidianas ligadas a un estilo de vida propio y arraigado.

A partir de estas consideraciones que el estudio de las nociones, concepciones, creencias epistemológicas o hábitos ligados al proceso de adherencia terapéutica en poblaciones con adultos mayores resulta relevante e indispensable para conocer cuáles son los ejes de racionalidad con que los enfermos o pacientes se enfrentan a los requerimientos del tratamiento y cómo lo anterior influye en diferentes niveles de adherencia terapéutica que reportan en los factores involucrados tanto en lo que respecta a la alimentación, el tratamiento médico, el estilo de vida saludable y el control emocional sobre la enfermedad; es importante considerar en el estudio del pensamiento en torno a la parentalidad, que se conforman a partir de la incorporación de ciertos elementos dados por la cultura y la sociedad, pero también se integran por la construcción de sus experiencias individuales de crianza (Martínez, Infante y Medina, 2016).

Metodología

El presente estudio realizado en población adulta mayor de una ciudad en el noreste de México, pone de manifiesto los resultados de una investigación exploratoria de tipo descriptiva y enfoque mixto realizado con 55 personas adultas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial. El estudio se realizó utilizando un instrumento diseñado para explorar los niveles de adherencia terapéutica (Martínez, Díaz y Guevara, 2018) y un cuestionario sobre los hábitos y concepciones de las personas sobre los cuatro factores que se involucran con la adherencia terapéutica: toma de medicamento, plan alimenticio, control emocional y actividad física.

Resultados

A) Datos sociodemográficos

De los 55 pacientes sujetos de este estudio, 25 son mujeres y 30 son hombres (54 % son hombres y 46% son mujeres) como se puede observar en la tabla I.

De las personas antes mencionadas, el 68% sólo padece diabetes, mientras que el 30% padece diabetes e hipertensión y un 2% padece diabetes y otras enfermedades (tabla I).

Tabla I. Características de los adultos mayores estudiados de una región del noreste de México

VARIABLES	f	%
Sexo		
Hombres	30	54.55
Mujeres	25	45.45
Enfermedades que padece		
Diabetes mellitus	37	68.00
Diabetes mellitus e hipertensión	17	30.00
Diabetes mellitus y otras enfermedades	1	2.00
n=55		

Fuente: Cédula de datos generales.

Las personas entrevistadas tienen un promedio de edad de 60 años, siendo el mayor parte de grupos entre 60 y 70 años quienes son más del 50 %. El nivel de escolaridad fluctúa entre la primaria y la universidad siendo el grupo mayoritario a aquellos que cuentan con carrera universitaria (40%). Entre los entrevistados existen personas solteras, casadas, divorciadas, viudos y en unión libre, siendo el grupo mayor el de los casados con el 72.72% de los informantes. Cabe resaltar que el 87.2% de los adultos se encuentran activos laboralmente, donde el 26% son amas de casa y solo un 13% se encuentran jubilados o retirados. La mayoría de ellos manifestó profesar la religión católica (80%).

B) Características y datos de las personas relacionados con la enfermedad

El 65% de los adultos mayores tienen menos de 10 años con la enfermedad mientras que el 35% la padece desde hace más de 10 años. Los enfermos declararon que los síntomas de la enfermedad más frecuentes que padecen son: cansancio, debilidad, dolor de cabeza, mareos, etcétera, apareciendo con una frecuencia semanal (25%) o mensualmente (64%) y solo el 11% afirman padecerlos todos los días. Entre los medicamentos que mencionaron los participantes que tenían prescritos con más

frecuencia son la metformina, la insulina y enalapril. Aproximadamente el 30% declaró haber sido hospitalizado más de una vez.

C) Niveles de adherencia terapéutica

A continuación, se presentan los niveles de adherencia terapéutica reportados por las 55 personas como parte de los resultados de la aplicación del instrumento que valora los cuatro factores involucrados: alimentación, tratamiento farmacológico, actividad física y control emocional (tabla II).

Así mismo se presentan los niveles generales de adherencia con algunas características de los sujetos que se ubican en niveles altos y bajos de adherencia terapéutica.

Tabla II. Adherencia de los adultos mayores estudiados de una región del noreste de México

Adherencia	Baja		Mediana		Alta	
	f	%	f	%	f	%
Al plan de alimentación	18	32.73	7	12.73	30	54.55
Al tratamiento farmacológico	13	23.64	13	23.64	29	52.73
Al plan de ejercicio	11	20.00	20	36.36	24	43.64
Al control emocional	3	5.45	37	67.27	15	27.27
Nivel General	8	14.55	15	27.27	32	58.18

n=55

Fuente: Test de Adherencia Terapéutica.

1. Niveles de adherencia terapéutica por factor

1.1. Adherencia al plan de alimentación

La tabla II muestra las características en torno a los hábitos de alimentación y su relación con el estado de salud. El 45.45% de la población entrevistada está ubicada en baja o media adherencia, manifestando que comen la mayor parte de alimentos que se les antojan, toman refresco, aunque de manera moderada y no creen que marque una diferencia en el tratamiento de la enfermedad. El 49.09% de la población de alta adherencia sabe que la alimentación juega un factor importante, pues conocen los efectos de estos sobre la salud. Cuentan con planes alimenticios beneficiosos, sustitutos de azúcar o por lo menos conocen los alimentos que son más perjudiciales para estos.

1.2. Adherencia al tratamiento farmacológico

En lo que respecta al tratamiento, existe una ligera ventaja cargada a la alta adherencia con un 52.72%, pues mencionan que cuentan con un estricto horario para el control de éste. Además, resaltan la importancia de no abandonar el tratamiento pues manifiestan que han sentido mejorías o que no se sientan mal aun sabiendo las consecuencias de su enfermedad. El 47.27% (bajos y medios) muestra un descuido parcial o total del tratamiento; encontrando incluso quien no tiene uno. Este porcentaje de la población cree que estos no son necesarios y sienten que a la larga causarán otro tipo de daño a los órganos sanos. Se encuentran tratamientos alternativos relacionados con la botánica (tabla II).

1.3. Adherencia al plan de ejercicio

En el factor referido a la actividad física, es notoria la diferencia negativa pues el 56.36% (bajos y medios) de los sujetos no realizan actividad física importante que genere un bienestar en su salud (tabla II). La mayoría solo ejercita en las actividades diarias o manifiestan no contar con el tiempo necesario para llevarlo a cabo. Un 43.63% realiza ejercicio de manera periódica destacando que cuentan con rutinas ya establecidas donde se involucra el ejercicio cardiovascular como trotar o correr por más de media hora. Otros hablan de rutinas de ejercicio en gimnasios y por último ejercicios en casa que permitan un esfuerzo considerado para quemar calorías.

1.4. Adherencia al control emocional

El 27.27% de la población menciona contar con las estrategias, apoyos suficientes para mantener una estabilidad emocional, puesto que cuentan con la ayuda de sus amigos, familiares o incluso se encuentran en grupos de apoyo que les brindan herramientas para sobrellevar la enfermedad. El 72.72% (bajos y medios) no cuenta con estabilidad emocional, pues su estado de ánimo es muy bajo, lo cual provoca a su vez que su adherencia al tratamiento en general les sea más difícil, puesto que su actitud y forma de sentir degrada los efectos que pueden sentir a partir de las medidas tomadas para su salud (tabla II).

2. Niveles de adherencia generales en promedio

El 58% de las personas se ubica en promedio con niveles de adherencia alta, mientras que el 27% denota una adherencia media y el 14% presenta, en promedio, niveles bajos de adherencia terapéutica (tabla II). Se encontraron 18 personas que presentaron alta adherencia a tres factores cuya principal característica era contar con estudios posteriores a la educación medio superior ya sea como carrera técnica

o universitaria. Un 60% de los sujetos que presentan alta adherencia general son hombres, revisan su nivel de glucosa semanalmente, manifiestan tener una rutina de ejercicios formales que incluyen la caminata, el ejercicio en gimnasio o algunas otras rutinas cardiovasculares.

Las personas que se encontraron con alta adherencia terapéutica también presentan estabilidad emocional en su gran mayoría por contar con la ayuda de su familia o la permanencia en algún grupo de ayuda con el que sobrellevan eficazmente la enfermedad. Los informantes que denotan baja o mediana adherencia terapéutica afirman explorar su glucosa de manera muy esporádica o cada mes, estas personas comentan no tomar con rigor sus medicamentos, pues manifiestan que no presentan mejoría o sienten que estos medicamentos pueden generar otro tipo de problemas. Este grupo de personas describe dolores, cansancios de cuerpo y malestares generales asociados a los síntomas o complicaciones con la enfermedad.

Muchos de ellos afirman que han estado hospitalizados, pues han presentado complicaciones con su enfermedad en cuanto a la vista, heridas e infecciones. La mayoría menciona estar emocionalmente estables; sin embargo, no todos afirman seguir las recomendaciones alimenticias también reconocen realizar actividad física solo relacionada con su vida cotidiana o las actividades del hogar.

D) Concepciones en torno a los hábitos y comportamientos relacionados con los factores ligados a la baja adherencia terapéutica

1. Proporción de sujetos que manifestaron bajos niveles de adherencia terapéutica

Los resultados muestran que el 23% de los informantes declararon no tomar sus medicamentos puntualmente o no seguir el tratamiento prescrito por el médico. El 45% declaró no seguir las recomendaciones alimenticias o llevar una dieta adecuada con la enfermedad. Cerca del 17% de ellos afirmó no sentirse estable emocionalmente y el 33% declaró no realizar ninguna actividad física o llevar un programa formal de ejercicio.

2. Sobre el plan alimenticio

Los informantes declaran no respetar el plan alimenticio. En gran medida lo justifican por el placer que implica seguir consumiendo lo que han consumido toda su vida como refrescos, el azúcar, grasas, o bien, por entender que es uno de los pocos placeres que pueden darse debido a las limitaciones de la enfermedad. Mencionan la imposibilidad de acceder a una dieta tan rígida como la prescrita por el médico ya sea por el difícil acceso a la misma o por la incompatibilidad de la dieta

con la cultura familiar culinaria. En estos argumentos se denota una justificación en relación a los beneficios del ejercicio y al tratamiento bien llevado como suficiente para poder llevar “una vida normal en la alimentación”.

En este grupo de informantes, se notan argumentos que son un fuerte dispositivo fatalista respecto a la enfermedad, lo que justifica el abuso de la alimentación no adecuada como un placer al que se tiene derecho, independientemente de la enfermedad.

2.1. Argumentos de los informantes (P en lo sucesivo) que declaran no respetar el plan alimenticio

- Pues dicen que uno no tome coca y que no cocine con manteca, pero es lo único que le da sabor a la comida, de por sí que a veces ni me da hambre, o tengo mucho asco. Por eso me gusta comer “a gusto” cuando puedo, el agua es para las macetas, a mí denme mi coca, porque hasta me hace sentir mejor. Es lo que le da sabor a la comida, puros frijoles siempre, pues a uno le aburren y tiene que disfrazarlos con otro saborcito [P (2)].
- No, pues que uno mismo siente, como la coca cae, yo siento que no duermo nada más está uno dando vueltas, nada más que está muy buena. Porque a veces dice uno: “Ay después si no me muero de la enfermedad me muero de hambre, de la dieta”. ¿Por qué si haces lo que te gusta y tú no puedes comer y los demás comiendo se te hace agua la boca, o lo demás tienen que comer como triste la comida si la haces como para tí? [P (3)].
- Depende del tipo de alimentos. No se hace una elección inteligente de ellos. Por la adicción a los alimentos (azúcares, grasas). El organismo al tener actividad física digiere mejor los nutrientes y se refleja en el organismo [P (4)].
- Yo de todo como y no me pasa nada [P (7)].
- Cuando uno está joven se le hace fácil y comemos lo que no debemos comer, pero al llegar a una edad se ven las consecuencias. Ya habíamos dicho, una buena alimentación, ejercicio y sobre todo una tranquilidad que da Dios [P (8)].
- Se dispara la enfermedad más rápido por no comer las raciones indicadas. Porque los alimentos o bebidas se hacen un vicio y no se controla la ansiedad de ingerirlos. Sí, porque se puede comer lo que uno quiera, pero más controlado [P (8)].
- No, no por falta de tiempo sino por falta de interés, falta de hábito algo que no te inculcaron desde niño tus padres [P (12)].
- Yo pienso que el día menos esperado puede ocasionarles un infarto o una falla renal. Creo que por ser un hábito obtenido en la forma de alimentarse diariamente. Creo que las enfermedades empezarán a reflejarse en toda la familia al paso del tiempo en cada uno de ellos [P (16)].

- La poca conciencia de la gravedad de la enfermedad. No saben las consecuencias y la gravedad de la enfermedad, o la poca disposición que tienen, también la aceptación de la enfermedad, bueno más bien que aún no aceptan su enfermedad [P (17)].
- No. porque tú puedes hacer tu vida, día con día, si te cuidas y si sigues las instrucciones del doctor [P (18)].
- Por la adicción que generan los alimentos, cuando hay otras comidas que comer, pero en las fiestas siempre dan barbacoa, carnitas, etcétera [P (20)].
- Pues nada más que empiezan a alimentarse mejor [P (21)].
- Pues yo creo que más que nada es porque no nos cuidamos, pero pues también al que le toca pues le toca, pues más o menos, hay veces que los antojos te ganan, pero pues luego, luego sientes cómo te afecta, pues sí, tienes que cambiar la dieta, antes le había cambiado la dieta a toda mi familia por mi situación, pero ahora solo yo hago mi propia dieta [P (22)].
- Pues fíjate que ahorita ya no me cuesta, pero antes todo, a mí me gusta comer de todo, porque la verdad es que la comida más rica es la que más hace daño a veces [P (25)].
- Mucho porque no comemos cosas que son buenas para la salud. Pues sí, a veces me compro algún antojito si ya hice ejercicio, como mi premio [P (28)].
- [...] porque creo que entre más le dicen a uno más se le antoja aquello [P (29)].
- Pues, es que muchas veces, sí somos muy tercos y no nos queremos tanto, porque creo que entre más le dicen a uno; más le antojan aquello. La dieta es lo más importante para tratar la enfermedad [P (38)].
- Creo que más que la medicina y el ejercicio es el aprender a cerrar la boca. Hacer lo que el doctor indica. Por costumbre, no sé, depende de cada quien [P (41)].
- [...] Creo que se quedan ahí esperando a que se solucione el conflicto y no hacen las cosas. Siento que es como estar siempre a la espera de encontrar resultados. La fe es lo primero [P (43)].
- [...] la indisciplina, el preferir comer rico que comer sano. En que aumenta los niveles de glucosa, o sea los alimentos que tienen grasa, pues aumentan la glucosa: la carne, el pan no se trata de dejarlo totalmente, pero quisiera reducir el consumo [P (44)].
- Tiene todo que ver las personas a veces les es fácil tener malos hábitos, pero a la larga siempre tiene repercusiones. En las fiestas, sobre todo cuando se reúne la familia, cuesta trabajo cerrar la boca, a lo mejor sí puedes comer lo que quieras, pero en pequeñas cantidades creo que es lo mejor [P (49)].
- Pues, si ya de plano estás malo y no quieres mejorar es evidente que te vas a poner peor [P (50)].

3. Sobre el plan de tratamiento

Muchas de las personas declaran no seguir puntualmente el tratamiento. Aceptan y afirman que llevando el tratamiento al pie de la letra mejora su salud, sin embargo no lo siguen adecuadamente. Algunos argumentan que la fe es más fuerte que el tratamiento o que el ejercicio y la dieta es suficiente. Otro grupo de informantes mencionan una serie de dificultades para seguir el tratamiento. Argumentan falta de recursos económicos, falta de acceso a la atención médica por diferentes causas. Sin embargo, en la mayor parte de los argumentos se ve una postura fatalista respecto a la enfermedad lo que implica la poca credibilidad en el tratamiento, o bien la creencia sobre el daño que causa el exceso de medicina en los pacientes diabéticos.

3.1. Argumentos de personas (P) que no acatan el plan de tratamiento

- Pues con el dinero y los médicos yo creo que uno se curará más pronto, pero llega un momento que por mucho que te hagas, ya te gana la edad, pues no es igual, no mejoras por mucho medicamento que tomes, o a veces hasta la misma medicina te hace daño [P(1)].
- Aquí en el rancho, pues es imposible que haya el medicamento, que esté el doctor, o, sino que tienes que ir a Ojuelos y pagar tu pasaje, tu comida, y pues a veces yo creo por eso mejor se cura uno solo, con el tiempo o con tés o remedios que se hace uno. A lo mejor hace que la medicina no haga lo que debe [P (2)].
- [...] sólo tener una actitud positiva y disciplina comer bien, hacer ejercicio [P (22)].
- [...] pues si hacen ejercicio y tienen buena alimentación no tienen por qué estar tomando medicinas [P (25)].
- Pues curarse no, porque siempre la voy a tener, pero siempre tengo que tomar mis medicinas para no sentirme mal [P (28)].
- [...] no estar pensando en aquella enfermedad, porque yo digo qué estar pensando mata más rápido, estar pensando: “Ay, tengo diabetes, ay me voy a morir”. La presión sube y un día cuando uno menos se acuerde, pues me voy a morir. Cuando no tomo mis medicamentos me presiona el pecho [P (29)].
- Con la firme decisión de mejorar. De nada sirve la atención médica o los cuidados que me tengan si yo no pongo de mi parte. Medicina alternativa [P (30)].
- [...] pues sí no me cuido si me siento bien mal, entonces trato de tomar todos mis medicamentos en forma [P (35)].
- [...] pues para mejorarse solamente con los medicamentos y llevando el tratamiento al pie de la letra [P (37)].

- La fe es lo primero. Tomo medicina natural. Siento que es como estar siempre a la espera de encontrar resultados [P (43)].
- [...] ninguna otra más que el tratamiento [P (45)].
- Buscar siempre estar sana, intento no tomar las indicaciones del médico a la ligera. No tiene nada que ver, a veces uno ya está predestinado a que se enferme. Pues, cuidándote tú mismo, si no lo haces tú por ti, nadie lo hará [P (49)].

4. Sobre la actividad física

Algunas personas entrevistadas mencionan que no realizan actividad física. Afirman que se debe a su edad (de adulto mayor), el cansancio que produce la enfermedad, falta de tiempo, interés o hábito. La creencia de que se realiza actividad física al hacer tareas domésticas o cotidianas y actividades del propio trabajo y nuevamente los pensamientos fatalistas de que la actividad física no los exenta de la enfermedad.

4.1. Argumentos de las personas (P) que no realizan actividad física

- Por estar gordos, como que uno acumula más enfermedad, como si le cupiera más (risa), por ejemplo en mi caso no veo cambio, el cuerpo de uno ya no te lo pide a veces solo quiere descansar de todo [P (2)].
- Yo he oído que quien hace ejercicio come de todo, pero a mí por ejemplo ahorita se me hinchan los pies, es por un sedentarismo que mi cuerpo está afectándose. No tengo la constancia para estar en el ejercicio.” “Si en su organismo todavía les puede responder, sí que hagan ejercicio, si ya no pueden, yo creo que con el que hacen es suficiente. A mi edad ya es más difícil [P (8)].
- [...] al realizar actividad física el cuerpo regula el azúcar que hay en la sangre. No, más bien es por flojera porque aún en la casa se puede hacer ejercicio [P (11)].
- Pues sí, afecta excediéndonos en todo en los excesos ya sea de grasa, de azúcares, a todos de cualquier forma nos van a afectar. No, no por falta de tiempo sino por falta de interés, falta de hábito algo que no te inculcaron desde niño tus padres [P (12)].
- [...] yo no hago casi ejercicio, y he visto gente con diabetes que hace ejercicio más seguido y los veo bien por falta de tiempo, pero también por las complicaciones que uno trae que no es cómodo hacer ejercicio [P (14)].
- [...] si es ejercicio de cierta manera andar activo en el trabajo, si la falta de tiempo afecta porque a veces uno ya está cansado de estar todo el día trabajando y en pendientes [P (15)].
- Yo pienso que el ejercicio oxigena nuestros órganos y nos mantiene los músculos en condiciones fuertes para realizar los movimientos de manera cómoda en la

vida diaria. Creo que, en el ejercicio del trabajo, se hace en ciertas partes del cuerpo, no en todas, ya que sólo se hacen rutinas de ciertas áreas [P (16)].

- [...] por la circulación, y la actividad evita estar piense y piense, la mente es muy fuerte en lo que piensas o te dicen. No, eso no, la actividad no te exenta de la enfermedad [P (20)].
- [...] pues es difícil por la costumbre [P (21)].
- Porque el ejercicio te ayuda mucho en la circulación y en los problemas de la hipertensión tiene que ver con la circulación y siempre te recomiendan el ejercicio para tener el corazón funcionando adecuadamente además que dé para todo se tiene que hacer ejercicio [P (22)].
- Pues hacer ejercicio y comer mejor, también que la gente no te haga pasar corajes [P (28)].
- [...] pues porque hasta los doctores lo dicen, el ejercicio es esencial. Siempre es bueno dedicar un tiempo al ejercicio [P (36)].
- No, porque la dieta es lo más importante para tratar la enfermedad. Siempre debe haber tiempo para el ejercicio, también es muy beneficioso para la salud, y más para los que padecemos esta enfermedad [P (38)].
- [...] porque el ejercicio hace que el cuerpo trabaje y esto ayuda a que no se quede sin funcionar [P (44)].

5. Sobre el control emocional

La mayoría de los sujetos que refieren no tener estabilidad emocional, afirman no sentirse apoyados por su familia o por seres queridos de la manera que a ellos les gustaría. Incluso cuando hay petición expresa por parte de ellos, lo que aumenta este descontrol emocional o cuando el padecimiento se ve acompañado de otra enfermedad de algún familiar cercano como esposa o hijos. Algunas personas comentaron resolver esta situación acudiendo a grupos de apoyo, terapia psicológica, religión, etcétera. También se menciona que esta falta de estabilidad emocional la puede ocasionar la imposibilidad de cumplir con los requerimientos de los otros factores que se relacionan con la diabetes como la alimentación, el tratamiento y el ejercicio.

5.1. Argumento de los que declaran no controlar emocionalmente la enfermedad

- [...] esta semana falleció una hermana. Controlándome a mí misma, mis emociones, mis arranques de enojo o cuando no me quiero cuidar no me hago compromisos con mi mejora [P (14)].

- [...] trato de apoyar a mi esposa y en ocasiones no lo logro, me produce estrés y tristeza. Las enfermedades vienen porque esta vida nos tiene con prisas y no nos damos tiempo de cuidarnos [P (15)].
- A veces me deprimó. Con el apoyo de su familiar, porque mi familia me ayuda a no hacerme pasar tantos corajes [P (17)].
- [...] es difícil dejar los alimentos con la familia. Pues que no se cuidaron como tenían que hacerlo. porque yo me siento bien, sólo cuando me hacen enojar no me siento bien. Con el apoyo de su familiar, porque mi familia me ayuda a no hacerme pasar tantos corajes [P (28)].
- [...] estoy muy estresada, no, porque, bueno si se deja caer la persona sí lo imposibilita a uno, pero si no se deja caer uno sigue adelante y haciendo lo que uno puede [P (29)].
- [...] afecta mi forma de vida [P (32)].
- [...] hay mucho dolor y nadie viene a verme. Afecta en que la familia tiene que atenerse a comer cosas diferentes para apoyar a la familia [P (45)].
- Afecta mi vida cotidiana. Porque así es la vida, no siempre podemos cuidarnos de las cosas malas que nos pasan, hay unas veces que sí y otras que no tanto. Pues a veces la familia ayuda mucho a que me sienta bien. Creo que eso es más por la edad que por que tenga diabetes [P (48)].
- Estrés. Pues cuidándote tú mismo, si no lo haces tú por ti, nadie lo hará. No hay como estar cerca de las personas que te quieren y aprecian [P (49)].

Conclusiones

El presente estudio pone de manifiesto la coherencia entre la evaluación de los niveles de adherencia terapéutica de los sujetos y sus declaraciones o ejes de racionalidad con lo que justifica sus concepciones o hábitos en relación con dichos niveles. Los resultados dejan ver cómo los niveles de adherencia terapéutica son más altos en el control alimenticio y el apego al plan de tratamiento, sin embargo, la actividad física y el control emocional son aquellos factores con menos niveles de adherencia terapéutica.

Las personas que manifiestan niveles altos de adherencia terapéutica en su gran mayoría cuentan con estudios de técnicos superiores o universitarios. Suelen revisar su nivel de glucosa semanalmente, manifiestan realizar actividades físicas de manera formal y muestran mayor estabilidad emocional declarando contar con la ayuda de su familia o de algún grupo de apoyo. Aquellos participantes que obtuvieron niveles bajos de adherencia terapéutica, afirman explorar sólo esporádicamente su glucosa, no tomar el tratamiento de forma rigurosa debido a la poca confianza que se tiene en la prescripción médica. Este grupo describe padecer

frecuentemente otro grupo de síntomas asociados a la enfermedad como cansancio de cuerpo, dolores de cabeza y malestar general, además de algunas infecciones que han requerido su hospitalización, lo que incrementa su inestabilidad emocional.

El instrumento que explora los ejes de racionalidad de las personas a través de declaraciones, dejan ver cómo los niveles bajos de adherencia se relacionan con la alimentación y su relación con la búsqueda del placer y la cultura alimenticia familiar, o bien con la creencia del ejercicio como factor compensatorio. Al resto de factores y en última instancia a una postura fatalista frente a la decadencia inminente.

En lo que respecta al plan de tratamiento, esos bajos niveles de adherencia obtenidos obedecen según los pacientes a la falta de recursos económicos, la falta de acceso a la atención médica o bien a la creencia de que la medicina es más perjudicial que benéfica. Este último aspecto tiene que ver con la postura fatalista en los bajos niveles de adherencia de los cuatro factores. A lo que respecta a los bajos niveles en la actividad física, se alude a la creencia de que no exenta de la enfermedad, o bien que el cansancio que produce la enfermedad es insuperable. La falta de tiempo o de interés son algunas de las razones por las que no se tiene un programa formal de actividad. Se argumenta que ya bastante actividad física son las tareas domésticas, cotidianas o aquellas que pertenecen al propio trabajo.

En lo que respecta al control emocional sobre la enfermedad como factor involucrado con la adherencia terapéutica, paradójicamente se habla de detrimento emocional o depresión por no cumplir con los requerimientos de la adherencia terapéutica que tiene que ver con los otros tres factores: la alimentación, el ejercicio y el tratamiento médico. Los más optimistas aluden en el caso emocional a complicaciones de la propia enfermedad, lo que trae como consecuencia acudir en busca de ayuda a grupos de apoyo, terapia psicológica o la religión para tener un control mayor sobre este factor emocional.

No cabe duda que los resultados que se presentan hacen referencia a la necesidad de intervenciones dirigidas a pacientes diabéticos con características psicoeducativas y socioeducativas tanto para ellos como para las familias, que por un lado, potencian el reconocimiento y la conciencia de asumir hábitos que promuevan niveles altos de adherencia terapéutica en los pacientes y posibiliten el cambio cultural que se requiere y por otro lado se considere al contexto social cercano del paciente como fundamental en el apoyo, ayuda y fomento de los cambios requeridos en dicho contexto para que el paciente se adapte con mayor celeridad a los cambios y transformaciones que se requieren para que el padecimiento de esta enfermedad no impacte en la calidad de vida de los mismos.

Bibliografía

- Cardozo, G. M. (2017). “La cultura: un factor determinante en el tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2”. *Estudios de antropología biológica*, X: 315-332, México. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cab/article/view/43041/39043>
- García, S. J. (2018). Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la red GDPS. Fundación red GDPS: Madrid, España.
- Martínez, L. J., Díaz, O. A., y Guevara, G. M. (2018). “La adherencia terapéutica y las creencias en torno a factores involucrados en la Diabetes Mellitus e hipertensión arterial”. *Cultura del Cuidado*, 13(2): pp. 16-29. Recuperado de: <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2016v13n2.4320>
- Martínez, L. J., Infante, B. A., y Medina, O. L. (2016). “Ejes de racionalidad en torno a la familia y los modelos parentales: una construcción cualitativa de las teorías sobre familia”. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0 (20): pp. 115-134. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2016000200115&lng=es&tlng=es
- Martínez, L. J., Torres, A. M. M., y Díaz, O. A. (2017). “Creencias sobre la diabetes y la adherencia terapéutica en personas con DMII”. *Cultura del Cuidado Enfermero*, 14(1): pp. 5-15.
- Mercado-Martínez, F.J. (1996) “Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano”. Universidad de Guadalajara: México. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/entre_el_infierno_y_la_gloria.pdf
- Organización Mundial de la salud [OMS] (2015). “Enfermedades crónicas. Temas de la salud. OMS” [Internet]. Recuperado de: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Apoyo social como factor determinante del automanejo en personas con cronicidad

Dra. Gabriela Maldonado Guzmán
Dra. Olga Lidia Banda González
Dr. Carlos A. Carreón-Gutiérrez

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), las enfermedades no transmisibles (ENT) matan cada año 41 millones de personas, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Alrededor de 15 millones de personas entre 30 y 69 años de edad y más del 85% de estas muertes “prematuras”, ocurren en países de ingresos bajos y medianos, constituyendo las enfermedades cardiovasculares la mayoría de las muertes con 17,9 millones cada año, seguidas del cáncer 9 millones) las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones) (OMS, 2018).

La prevalencia de diabetes mellitus en México se ha incrementado de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, las mujeres presentan mayores porcentajes de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%), con mayor prevalencia entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016). Respecto a la hipertensión arterial, uno de cada cuatro adultos la padece (25.5%), con mayor prevalencia entre mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%) (INSP, 2016). La prevalencia más alta de estos padecimientos está en el grupo de 70 a 79 años (INSP, 2016). Las características de las ENCT requieren de un cuidado óptimo y constante. Algunos autores consideran que la diabetes conlleva una carga familiar importante ya que los cambios en el comportamiento y el estilo de vida del paciente demandan de apoyo social y familiar orientado en la toma de decisiones y acciones necesarias para el adecuado manejo de la enfermedad (Pamungkas, Chamroonsawasdi y Vatanasomboon, 2017; Vega y González, 2009). Además, también se ha sugerido considerar el apoyo familiar como parte del plan de cuidados (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

El apoyo social ha mostrado tener influencia en el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones (Barra, 2004). Del mismo modo se ha sido reconocido el apoyo social como una parte necesaria e importante para el automanejo de la diabetes (Vorderstrasse, Lewinski, D’Eramo y Johnson, 2016).

Vega y González (2009) indicaron que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés y provee un espacio para relajarse, esto a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos países como España han apostado como prioridad al automanejo y autocuidado del individuo y la familia para el control de ECNT, por medio del diseño e implantación de programas educativos (Campo y Portillo, 2013).

Por tal motivo se ha considerado el automanejo como una herramienta necesaria, que permite comprender la naturaleza de la condición crónica. El equipo de investigación de la Red de Automanejo, conceptualiza al automanejo como un comportamiento dinámico que presenta una persona con condiciones crónicas según las características descritas por el Programa Flinders (Lawn, Sweet, Skinner, Battersby y Delany, 2012), que incorpora tareas y habilidades para conocer la condición y/o su manejo así como la adopción de un plan de cuidados de automanejo acordado en asociación con profesionales de la salud, cuidadores y otros ayudantes.

La conceptualización de automanejo se apoya en la teoría propuesta por Ryan Polly y Sawin Kathelee, quienes consideran importante relacionar el comportamiento de automanejo del individuo a la familia (Rosan, Heisler, y Piette, 2012). El automanejo es multidimensional y es un fenómeno complejo que puede conmovir a individuos, díadas o familias que transitan por estados de desarrollo apoyados en la teoría de los sistemas (DiMatteo 2004; Grey, Knox, y McCorkle, 2006).

Para los sistemas de salud, mejorar el automanejo en personas con cronicidad representa un reto. Al respecto, se ha demostrado que el personal de enfermería está diariamente en la primera línea de la ejecución de los programas de prevención de las enfermedades y promoción del bienestar basados en el automanejo, tanto en el entorno clínico como en el domiciliario. Por tal motivo, el automanejo representa una estrategia prometedora de atención de las enfermedades crónicas que permite ir más allá de la información para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad que tienen (Grady y Gough, 2013).

Autores como Vega y González (2009), corroboran la relación entre automanejo y apoyo familiar. Establecen que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

En una investigación realizada por Canales y Barra (2014) se documentó la correlación de apoyo social con adhesión al tratamiento y la correlación inversa

entre adhesión al tratamiento no medicamentoso e índice de masa corporal, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica. También se ha documentado relación entre el apoyo social y control metabólico, adherencia farmacológica y autoeficacia en personas con diabetes tipo 2 (Arteaga, Cogollo y Muñoz, 2017; Cunalata y Montenegro 2016).

En México, estudios exploratorios con personas que padecen enfermedad crónica del estado de Tamaulipas en el índice general muestran una media de automanejo entre 79 y 81 (Peñarrieta et al., 2017; Mar et al., 2017) resultados por encima de los presentados en Perú (así como la relación entre automanejo y funcionalidad familiar (Mar et al., 2017; Peñarrieta, Krederdt, Flores, Reséndiz y Chávez, 2015). Se ha evaluado también la efectividad de un programa de automanejo en personas con diabetes e hipertensión en este mismo municipio (Peñarrieta et al., 2017), sin embargo, no se tiene conocimiento de estudios que exploren la relación entre automanejo y apoyo social en contexto mexicano. Por ello, el objetivo del presente capítulo es mostrar la evaluación de la relación entre apoyo social y automanejo en personas con cronicidad usuarias de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas, México.

Material y Métodos

El diseño de estudio es correlacional de corte transversal ya que se describió la relación entre el automanejo y apoyo social en personas con cronicidad, el muestreo fue por conveniencia y la muestra estuvo conformado por 188 adultos usuarios de siete centros de salud urbanos pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria número 1 de Ciudad Victoria Tamaulipas, México.

La selección de los sujetos se realizó con los criterios de inclusión, ser mayores de 18 años de edad, diagnosticados médicamente con diabetes mellitus Tipo 2 y/o hipertensión con un mínimo de 6 meses, llevar su tratamiento y control en un centro de salud urbano. Se excluyeron personas con otro tipo de diabetes. La recogida de datos se llevó a cabo en las áreas destinadas a la impartición de clase de los centros de salud urbanos. A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les informó acerca de los objetivos del estudio considerando su participación voluntaria mediante el consentimiento informado, los cuestionarios fueron administrados por los investigadores.

Instrumentos

Para medir el automanejo se utilizó el instrumento en padecimientos crónicos Partners in Health Scale. Éste fue validado en México, en una muestra de 552 pacientes obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.8, de acuerdo con las diferentes

dimensiones (0.78 para conocimiento, 0.86 para adherencia y 0.74 para manejo de síntomas). El instrumento valora tres aspectos: manejo de signos y síntomas, conocimiento y adherencia al tratamiento, consta de 12 preguntas en una escala de Likert considerando en la interpretación que a mayor puntaje mejor automanejo (Peñarrieta et al., 2014).

Para evaluar el apoyo social se utilizó el cuestionario de Duke (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996) que mide apoyo social afectivo y apoyo social de confianza global, sumando todas las preguntas se obtiene un máximo de 55 y un mínimo de 11, media de 33. Considerando en la interpretación que el individuo tiene apoyo social escaso cuando está por debajo de la media; el apoyo afectivo (posibilidad de contar con personas para comunicarse): 25 máximos y 5 mínimo, media de 15, las cifras menores indican escasos recursos afectivos. Apoyo confidencial (demostraciones de amor, cariño y empatía): 30 máximos y 6 mínimo, media 18, cifras menores a media expresan escaso apoyo confidencial. Para medir las variables sociodemográficas se aplicó una cédula que consideró edad, sexo, escolaridad, estado civil, enfermedades padecidas y años de las mismas.

Consideraciones éticas

La investigación contó con la autorización de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria número 1 y del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería Victoria. Se consideró lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación garantizándoles a los participantes el respeto, los derechos, bienestar y protección protegiendo su privacidad y de los principios básicos para toda investigación médica dados a conocer en la Declaración de Helsinki.

Análisis de datos y resultados

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, se aplicó estadística descriptiva (medidas de tendencia central, dispersión) e inferencial (coeficiente de correlación de Pearson).

Resultados

Entre las características sociodemográficas de la muestra se encontró que pertenecen al área urbana, con un nivel socioeconómico bajo, un rango de edad entre 22 y 86 años ($\bar{X}=60\pm 11.8$). En escolaridad, el nivel máximo de estudios fue profesional (2.1%) con una media de 7 estudios cursados, es decir, secundaria incompleta. Sin embargo, cabe destacar que el 6% no sabe leer ni escribir. En la tabla I, se observa que el sexo femenino tuvo mayor porcentaje con 83%, poco más de la mitad de

los entrevistados (59%) estaban casados y en cuanto a la primera enfermedad crónica diagnosticada se encontraron resultados muy similares entre la diabetes e hipertensión, la primera enfermedad fue la hipertensión (34.6%).

Tabla I. Variables sociodemográficas

Variable	f	%
Género		
Masculino	156	83.00
Femenino	32	17.00
Estado civil		
Casado	111	59.00
Viudo	40	21.30
Divorciado	20	10.70
Soltero	17	9.00
Primera enfermedad diagnosticada		
Diabetes	60	31.90
Hipertensión	65	34.60
Diabetes e hipertensión	63	33.50
n=188		

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos.

El índice general del automanejo de las enfermedades crónicas indica adecuado manejo con una media de 78.82, con relación a las dimensiones de automanejo (manejo de signos y síntomas, conocimiento y adherencia al tratamiento). La media más alta se presentó en adherencia al tratamiento (40.21) mientras que el puntaje más bajo o deficiente fue el conocimiento con 11.85 (tabla II). Respecto a apoyo social, las medias indican apoyo social adecuado en el índice general y en la dimensión de apoyo afectivo se detectó percepción de bajo apoyo social confidencial relacionado a demostraciones de amor, cariño y empatía, pero considerando el indicador general el promedio es adecuado.

Tabla II. Índice general y dimensiones de automanejo y apoyo social

Variable / Indicador	Mínimo	Máximo	Media	DS
Automanejo				
Índice general	24	96	78.82	15.26
Conocimiento	0	16	11.85	3.88
Manejo de signos y síntomas	8	32	26.75	5.61
Adherencia	12	48	40.21	8.26
Apoyo social				
Índice general	15.0	55	46.55	7.92
Apoyo social afectivo	9.0	30	25.53	4.51
Apoyo social de confianza	2.0	22	17.59	4.59

Fuentes: Partners in Health Scale; Cuestionario de Duke.

Para identificar la asociación de las variables de automanejo y apoyo social se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre automanejo general y: apoyo social, apoyo afectivo y apoyo confidencial. También entre la dimensión de signos y síntomas de automanejo con todas las dimensiones del apoyo social. Además se encontraron correlaciones entre adherencia y apoyo afectivo y finalmente conocimiento con apoyo social afectivo y apoyo general. Los resultados pueden interpretarse: a mayor automanejo de la enfermedad mayor apoyo social percibido o viceversa, estos resultados evidencian la importancia del apoyo social en el manejo de la enfermedad crónica en este grupo de personas, representando la familia una oportunidad para el profesional de enfermería al brindar información sobre algunos síntomas que la persona tenga con la enfermedad y el manejo de la misma (tabla III).

Tabla III. Análisis de correlación de Pearson entre automanejo y apoyo social

Variables	Apoyo afectivo	Apoyo social de confianza	General
Conocimiento	.229**	.098	.181*
Adherencia	.171*	.089	.135
Signos y síntomas	.228**	.188*	.178*
General	.234**	.142*	.184*

Nota: * Correlación significativa a $p=0.05$ ** Correlación significativa a $p=0.001$

Fuente: Partners in Health Scale; Cuestionario de Duke.

Discusión

Entre los resultados de interés se detectó que el índice general del automanejo es adecuado ($\bar{X}=78.82$) para la muestra del presente estudio considerando que los participantes cuentan con conocimiento acerca de la enfermedad. Sin embargo, el valor promedio está ligeramente por debajo de estudios antecedentes implementados en muestras con características similares como en la investigación realizada en personas con diabetes e hipertensión en Tamaulipas, México donde el índice general muestra una media de 79,5 puntos (Peñarrieta et al., 2014).

La investigación tiene como limitación su diseño transversal, considerando el automanejo en un solo momento. Sin embargo, las enfermedades crónicas evolucionan y así el manejo de la misma; teniendo en cuenta además que el apoyo social puede variar y que las personas con cronicidad no visualizan en ocasiones el apoyo como positivo.

Con referencia a apoyo social, se encontró un promedio adecuado en el indicador general (46.5) y en la dimensión de apoyo social afectivo. Estos resultados concuerdan con un estudio descriptivo realizado en México en pacientes con diabetes evidenciando apoyo social en 77% de casos, apoyo emocional en 77%, apoyo afectivo en el 90% y apoyo instrumental en el 81%, destacando el hecho de que las mujeres perciben en mayor medida este apoyo (Peñarrieta et al., 2015).

En otro estudio realizado en diabéticos tipo 2 se documentó que el 64% de pacientes con diabetes perciben apoyo social normal y 36% percibe bajo apoyo social; además en este último estudio se detectó relación entre el apoyo social y el control de los niveles de glucemia (Arredondo, Márquez, Moreno, y Bazán, 2006). Se ha referido que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción del apoyo social percibido presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, además resulta más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Alarcón, Hernández, Argüelles y Campos, 2017).

Cabe destacar que en la dimensión de apoyo confidencial se obtuvieron indicadores deficientes en las demostraciones de amor, cariño y empatía, sin embargo fue adecuado en relación al índice general por lo que se sugiere explorar con mayor detalle los aspectos relacionados a este tipo de apoyo social.

El resultado de mayor relevancia fue la asociación positiva y significativa entre automanejo y apoyo social. Dicha asociación se encontró en el puntaje global de estas variables y en algunas de sus dimensiones: 1) signos y síntomas de automanejo con apoyo social, apoyo afectivo y apoyo confidencial, 2) adherencia y apoyo afectivo, 3) conocimiento con apoyo social afectivo y apoyo general. Aunque en la literatura no se encontró un estudio antecedente que explore esta relación

en particular, dichas asociaciones revisten gran relevancia debido a que se tiene documentado que tanto el automanejo como el apoyo social tienen un impacto positivo en diferentes contextos relacionados con la salud tales como adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico, control metabólico, autoeficacia, afrontamiento al estrés y cambios conductuales en general.

Conclusiones

Con base en los resultados del presente estudio se concluye que los niveles de automanejo y apoyo social percibido en general son adecuados en la muestra de usuarios que padecen diabetes, hipertensión o ambos padecimientos en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Se establece el apoyo social como algo necesario en el manejo de estas personas con cronicidad, es fundamental considerar a la familia como el mayor apoyo en el proceso de salud enfermedad que les permita a las personas afrontar y manejar de manera más positiva la evolución de las enfermedades crónicas.

Existe relación entre el automanejo y el apoyo social, por lo tanto son de suma importancia las intervenciones de apoyo social adaptadas a contextos y ámbitos en personas con cronicidad. Es fundamental promover los programas que contribuyen a mejorar el automanejo de pacientes crónicos que ya han demostrado resultados positivos en muestra similares y que con base en la relación no causal detectada en este estudio se infiere que al incrementar el automanejo también se incrementa la percepción de apoyo social positivo o viceversa ya que dicha relación no es causal, y por tanto se minimiza el impacto negativo de las condiciones de salud.

Bibliografía

- Alarcón, M. C., Hernández, B. L., Argüelles, Nava V., y Campos, U. Y. (2017). "Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes". *Liberabit*, 23(1): 111-121. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pe/pdf/liber/v23n1/a09v23n1.pdf>
- Arredondo, O. A., Márquez, C. E., Moreno, A. F., y Bazán, C. M. (2006). "Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2". *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11 (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>
- Arteaga, N. A., Cogollo, J. R., y Muñoz, M. D. (2017). "Apoyo social y control metabólico en la Diabetes Mellitus Tipo 2". *Revista Cuidarte*, 8(2): pp. 1668-1676. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
- Barra, E. (2004). "Apoyo social, estrés y salud". *Psicología y Salud*, 14(2): pp. 237-243. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/848/1562>

- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Lardelli, P. (1996). “Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11”. *Atención Primaria*, 18 (4): pp. 153-163, Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>
- Campo, G. N., y Portillo, M. C. (2013). “El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa”. *An. Sist. Sanit. Navar*, 36 (3): 489-504. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n3/14_revisiones.pdf
- Canales, V. S., y Barra, A. E. (2012). “Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II”. *Psicología y Salud*, 24 (2): pp. 168-173. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
- Cunalata Guerrero, D., y Montenegro Valencia, M. (2016). “Asociación entre adherencia terapéutica y el apoyo social y familiar en pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Augusto Egas de agosto a diciembre del 2016”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina. Recuperado de: <https://docplayer.es/80903922-Pontificia-universidad-catolica-del-ecuador-facultad-de-medicina-asociacion-entre-adherencia-terapeutica-y-el-apoyo.html>
- De-León-Ramírez, M. (2017). “Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con Diabetes Mellitus tipo 2”. *Enfermería Universitaria*, 14(3): pp. 155-161. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00155.pdf>
- DiMatteo, M. R. (2004). “Social support and patient adherence to medical treatment: a metaanalysis”. *Health Psychol*, 23(2): pp. 207-218. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/c3a7/33746dfadedd2a0bbc1f7c22274022f60c95.pdf>
- Gomes, V. B., Foss, M. C., Foss-de-Freitas, M. C., y Pace, A. E. (2012). “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1): pp. 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf
- Grady, P. A., y Gough, L. L. (2015). “El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención”. *Rev. Panamá Salud Pública*, 37(3): pp. 187-194. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300009
- Grey, M., Knafl, K., y McCorkle, R. A. (2006). “Framework for the study of self- and family management of chronic conditions”. *Perspectiva en enfermería*, 54 (5): pp. 278-286. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655406001953#>
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2016). “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT MC 2016)”. *Informe final de resultados*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

- Lawn, S., Sweet, L., Skinner, T., Battersby, M., y Delany, T. (2012). "Information sharing for the management of chronic conditions in primary health care: How does it work and what are the outcomes?" Flinders University, Adelaide. Recuperado de: https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/39207/Lawn_Information_AM2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mar-García, J., Peñarrieta-de-Córdova, M. I., León-Martínez, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S. y de León-Ramírez, M. (2017). "Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con Diabetes Mellitus tipo 2". *Enfermería Universitaria*, 14(3): pp. 155-161. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00155.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). "Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención": Argentina, 2016. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (1 Junio junio 2018). "Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras". Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., y Vatanasomboon, P. A. (2017). "Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients". *Behav. Sci*, 7(62): pp. 1-17. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618070/pdf/behavsci-07-00062.pdf>
- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Reséndiz, E., y Chávez-Flores, E. (2015). "Automanejo en Enfermedades crónicas: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer". *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 15 (4): pp. 43-56. Recuperado de: http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Flores, B. F., Gutiérrez, G. T., Piñones, M., Quintero, V. L. M., y Castañeda, H. H. (2014). *Self-management in chronic conditions: Partners in health scale instrument validation. Nursing Management*, 20 (10): pp. 32-37. Recuperado de: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-scale-instrument-validation.pdf>
- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., León, H. R., Gutiérrez, G. T., Mier, N., González, B. O., Delabra, M. (2017). "Effectiveness of a chronic disease self-management program in Mexico: a randomized controlled study". *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7): pp. 87-94. Recuperado de: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/10781>

- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Olivares, D., Gutiérrez, G. T., Flores, B. F., Piñones, M. S., Quintero, Valle. (2014). "Automanejo en personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención". *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 3 (53):pp. 53-62. Recuperado de: <http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo-diferencias-hiper-y-diab-mexico.pdf>
- Rosland, A. M., Heisler, M., y Piette, J. D. (2011). "The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review". *J Behav Med*, 35(2): pp. 221-239. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785075/>
- Vega, A. O. M., y González, E. D. S. (2009). "Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica". *Enfermería Global*, 8(2):pp. 1-11. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
- Vorderstrasse, A., Lewinski, A., D'Eramo-Melkus, G., y Johnson C. (2016). "Social Support for Diabetes Self-Management, Health Interventions". *Curr Diab Rep*, 16 (7): p. 16. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11892-016-0756-0#citeas>

Autoeficacia en adultos mayores

ME. Hilario García Gallegos
Dra. Cinthya Patricia Ibarra González
MCA. Felipe Salazar Trujillo

Introducción

El envejecimiento es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos. Estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural, inevitable y no necesariamente ligado a estereotipos, como una etapa de la vida apta para crecer y continuar aprendiendo, esto se desarrolla en el Centro para la Formación Integral de Ciudad Mante, Tamaulipas, México (Quiroz, 2015).

Si bien sus capacidades motrices se ven limitadas, esto no justifica que la persona mayor no tenga oportunidad de incursionar en otros campos de la actividad física. Autores como Vivaldi y Barra (2012) han incursionado más allá de estas barreras impuestas, para limitar la práctica del adulto mayor. Por lo anterior el propósito del estudio fue describir la autoeficacia de los individuos de la tercera edad, así como los aspectos en el adulto mayor que la determinan.

La importancia de actividad impulsa a mantener activo al adulto mayor y fomentar la autoeficacia percibida por ellos mismos, manteniéndolos autónomos, dando lugar a que los profesionales del sector salud se preocupen y trabajen en torno a los factores de riesgo presentes en esta población. Se deben fomentar actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, teniendo especial relevancia en esto el fomento de la actividad física que es necesario estimular en una región limitada en acceso y actividades recreativas (Araujo y Manucussi, 2012).

Debido a que muchas veces el adulto mayor cree que no puede o no se siente apto para realizar algún tipo de actividad, nos damos cuenta que los beneficios que refieren las personas estudiadas en esta investigación revelan que ha sido de mucha ayuda la actividad física ya que gracias a ella han logrado tener una mayor autoeficacia en las cosas que habitualmente realizan día con día, otra de las cosas que refirieron fue sentirse llenos de energía después de realizar la misma. Mencionaron algunos que, gracias a ello, han reducido la cantidad de pastillas que tomaban y que les hace sentirse mucho mejor (Méndez, Montero y Mora, 2016).

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal y correlacional. La población estuvo constituida por usuarios adscritos que acuden al centro para la formación integral de Ciudad Mante, Tamaulipas, México. La muestra fue seleccionada por conveniencia, siendo un total de 120 participantes. Se consideraron aquellas personas de 60 años en adelante, ambos géneros, con o sin presencia de enfermedades crónicas, adscritos al Centro de Formación Integral Mante, sin deterioro cognitivo, con asistencia regular al grupo y que aceptaron participar en el estudio.

Para la recolección de la información, se utilizó la escala de autoeficacia general (EAG), cuya versión original fue desarrollada por Jerusalem y Schwarzer en 1981, y que ha sido traducida en 25 idiomas y administrada en diversos países (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006). La versión vigente de este instrumento consta de 10 ítems enfocados a la percepción de la autoeficacia generalizada, cuyo Alpha de Cronbach oscila entre 0.79 y 0.93 (Reigal y Videra, 2013).

Se utilizó la versión en española de la EAG aplicada en México y España (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006). La persona debe puntuar, en una escala del 1 al 4, el grado de identificación que siente con cada uno de los ítems, según sus características personales. La puntuación total obtenida por cada persona puede oscilar entre 40 puntos (altas expectativas de autoeficacia generalizada) y 10 puntos (bajas expectativas de autoeficacia generalizadas) (Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010).

La escala no proporciona información detallada acerca de las situaciones concretas en que la persona pueda tener dificultades. A pesar de ello, el cuestionario cubre un importante dominio a tener en cuenta, en tanto se refiere a la auto-descripción general que hace la persona acerca de su percepción de autoeficacia. La escala general de autoeficacia abarca un amplio y estable sentido de competencia personal para tratar efectivamente con una variedad de situaciones estresantes. Es un instrumento psicométrico breve, diseñado para medir este constructo como un nivel de disposición general de la personalidad.

El desarrollo de la investigación se apegó a los criterios éticos y científicos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y a la Declaración de Helsinki.

Resultados

La tabla I muestra las características sociodemográficas de la población estudiada. La mayor parte de los participantes son mujeres (79.17%). La edad media del grupo es de 64 años, dentro de un rango intercuartílico de 61 a 68 años, comparando por sexos, la media de edad de las mujeres es menor en comparación a la de los

hombres. En cuanto al estado civil, el 78.33% reporta estar casado o viviendo con una pareja, reflejándose también en su distribución por sexo. Con respecto al tipo de ocupación, la mayoría de los participantes afirma ser pensionado/jubilado (78.33%), En cuanto a su integración al grupo “Edad de Oro”, todos afirman estar adaptados en él.

Tabla I. Características sociodemográficas del adulto mayor

Característica	Sexo		Global
	Mujer	Hombre	
Edad (Mediana [q25-q75], años)	63 [61-67]	66 [63-67]	64 [61-68]
Distribución N (%)	95 (79.17)	25 (20.83)	120 (100.00)
Estado civil N (%)			
Soltera(o)	3 (3.16)	5 (20.00)	8 (6.67)
Casado/Unido	78 (82.11)	16 (64.00)	94 (78.33)
Divorciada(o)	5 (5.26)	4 (16.00)	9 (7.50)
Viuda(o)	9 (9.47)	---	9 (7.50)
Ocupación N (%)			
Comerciante	6 (6.32)	---	6 (5.00)
Empleado	1 (1.05)	---	1 (0.83)
Desempleado	2 (2.11)	---	2 (1.67)
Profesionista	3 (3.16)	---	3 (2.50)
Pensionado/Jubilado	70 (73.68)	24 (96.00)	94 (78.33)
Labores del hogar	13 (13.68)	1 (4.00)	14 (11.67)
n=120			

Fuente: Cédula de datos generales.

Sobre las características relacionadas con la actividad física, los resultados se muestran en el tabla II. Todos consideran que el ejercicio es bueno para su vida diaria, observando 63 cambios en su salud. La mayoría afirma haber empezado a realizar actividad física desde hace 6 meses o más (99.17%). En cuanto a los beneficios de la actividad física identificados por los participantes, se considera principalmente el aumento de la flexibilidad (42.50%) y la sensación de ser más felices (25.00%); sin embargo, al revisar por sexo, el hombre considera como segundo beneficio la disminución del estrés, mientras que las mujeres reportan el mismo comportamiento global. En cuanto al tiempo dedicado a la actividad física

diaria, la mayoría afirma que es suficiente (90.00%), considerando el hecho que el 95.79% de las mujeres y el 96% de los hombres emplean de 1 a 2 horas para llevarlas a cabo.

Tabla II. Características de actividad física del adulto mayor

Variables	Global		Hombre		Mujer	
	f	%	f	%	f	%
Inicio de actividad física N (%)						
1 a 2 meses	1	0.83	-	0.00	1	1.05
6 o más meses	119	99.17	20	100.00	94	98.95
Beneficios percibidos N (%)						
Aumento de flexibilidad	51	42.50	9	36.00	42	44.21
Disminución del estrés	8	6.67	6	24.00	2	2.11
Incremento de fuerza	11	9.17	3	12.00	8	8.42
Mejora de peso corporal	7	5.83	2	8.00	5	5.26
Mejora de convivencia	13	10.83	2	8.00	11	11.58
Se siente más felices	30	25.00	3	12.00	27	27.42
Tiempo usado N (%)						
1 a 2 horas	115	95.83	24	96.00	91	95.79
3 a 4 horas	5	4.17	1	4.00	4	4.21
Práctica de actividad física N (%)						
Sí	108	90.00	21	84.00	87	91.58
No	12	10.00	4	16.00	8	8.42

Fuente: Cédula de datos generales.

Finalmente, en cuanto al nivel de autoeficacia, los resultados se muestran en la tabla III. Considerando que a mayor puntuación, mayor percepción de auto eficacia generalizada y viceversa; se observa que el grupo estudiado, en general, muestra buenos niveles de auto eficiencia, lo cual se aprecia con los valores de la mediana. De igual manera, al categorizar el 64 nivel de auto eficacia en tres niveles (10 a 19, Baja; de 20 a 29, Regular; 30 a 40, Buena), la mayoría de los participantes quedan agrupados en el grupo de buena auto eficacia (97.50%). Los valores individuales de cada pregunta del instrumento se pueden observar en la tabla IV.

Tabla III. Nivel de autoeficacia en los adultos mayores encuestados

Variables	Global		Hombre		Mujer	
Índice de Autoeficiencia	38 (36 - 40)		39 (36 - 40)		38 (36 - 40)	
Mediana (q25-q75)						
	Categorización N (%)					
Regular	3	2.50	-	0.00	3	3.16
Bueno	117	97.50	25	100.00	92	96.84
Total	120	100.00	25	100.00	95	100.00

Fuente: Escala de Autoeficacia General.

Tabla IV. Resultados por ítem del instrumento de autoeficacia (Mediana [q25-q75])

Ítem	Global	Hombre	Mujer
1) Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	4 (2-4)	4 (3-4)	3 (2-4)
2) Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
3) Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
4) Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
5) Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
6) Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	4 (3-4)	4 (3-4)	4 (3-4)
7) Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
8) Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
9) Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)
10) Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.	4 (4-4)	4 (4-4)	4 (4-4)

Fuente: Escala de Autoeficacia General.

Para determinar si existe relación entre el índice de auto eficacia con la edad del participante, se realizó una prueba de correlación de Spearman. De manera general, no se encontró evidencia suficiente para descartar que la edad no tiene relación con el nivel de auto eficacia ($\rho = 0.162$; $p = 0.075$). Al realizar esta prueba por sexo, sólo se encontró significancia entre estas dos variables en el género femenino ($\rho = 0.221$; $p = 0.031$), sin embargo se debe considerar el hecho de que la mayor parte de la población estudiada son mujeres. En el caso de los hombres no se encontró relación entre estas dos variables ($\rho = -0.148$; $p = 0.479$).

No se encontró evidencia estadística para determinar que hay asociación entre el género del participante y el nivel de auto eficacia ($Ji^2 = 0.809$ g.l. = 1, $p = 0.368$), ni entre el estado civil y el nivel de auto eficacia ($Ji^2 = 0.851$ g.l. = 3, $p = 0.837$). Solo se encontró una asociación entre las variables de ocupación y el nivel de auto eficacia ($Ji^2 = 24.709$ g.l. = 5, $p = 0.000$), en donde estar pensionado o jubilado muestra un buen nivel de auto eficacia, mientras que estar trabajando o estar desempleado se asocia con un nivel de auto eficacia regular. Por sexo, sólo se encontró significancia entre estas dos variables en las mujeres ($Ji^2 = 19.168$ g.l. = 5, $p = 0.002$).

Discusión

Dos tipos de factores han sido evaluados en su relación con autoeficacia un lado variables sociodemográficas y de otro, factores psicosociales. En lo relativo a las variables sociodemográficas se ha abordado la influencia de la edad los resultados de adultos mayores indagados del grupo de “Edad de Oro”, se reporta que en su mayoría son mujeres los que representa el 79.17%, la edad promedio es 64 años con base en el rango intercuartílico de 61 a 68 años, el 78.33 de la población son casados, la mayoría son pensionados, estos tiene relación con otros estudios, que sostienen que pesar de este amplio rango de factores estudiados, se ha postulado una escasa influencia de las variables sociodemográficas en la percepción de la actividad física y la autoeficacia (Landínez-Contreras y Castro, 2012; Reigal y Videra, 2013, Vivaldi y Barra, 2012; García, Bohórquez y Lorenzo, 2015).

Los resultados mostraron que las mujeres realizan ligeramente más actividad física que los hombres, aunque la diferencia no fue significativa. En contraste, con otro, reportaron 67 que los hombres eran significativamente más activos que las mujeres. Lo anterior, tal vez se explique por el hecho de que las mujeres tradicionalmente son las encargadas de las actividades del hogar (Santacruz, 2012).

Queda demostrado que los adultos mayores activos, son personas flexibles, esto lo indican el 42.50% y tiene una sensación de ser más felices viven más y son más autónomas que las personas infelices (Santacruz, 2012; Self, 2016), aunque esta relación está claramente mediada por la morbilidad prevalente y las conductas

de salud como la práctica de actividad física (Blázquez y Feu, 2012; Gutiérrez, Elizondo y Jiménez, 2013). En cuanto al tiempo dedicado a diario a la actividad física, el 95.79% de la mujeres y el 96% de los hombres dedican de 1 a 2 horas diarias, esto datos tienen similitud con el estudio de Miragall, Domínguez, Cebolla y Baños, (2015).

La autoeficacia influye directamente sobre el comportamiento, aunque en este estudio no se buscaba la influencia. El 97.50% tiene una buena eficacia fueron más activos, hallazgo que coincide con Cuadra, Cáceres y Guerrero (2016); y con Quintero, Melgarejo y Ospina (2017), quienes reportaron que los adultos mayores activos obtuvieron autoeficacia más alta que los no activos. Los resultados indican que no existe relación entre la edad y la autoeficacia, lo que coincide con lo reportado por Cantarero y Carranque (2016). Esto también concuerda con lo reportado por Mikulic, Caballero y Aruanno (2014), quienes encontraron una trayectoria negativa significativa entre edad y autoeficacia.

El estar pensionado o jubilado muestra un buen nivel de auto eficacia, mientras que trabajar o el estar desempleado se asocia con un nivel de auto eficacia regular. En otros estudios se indican que los resultados puede asociarse a la variable sociodemográfica; ya que, dichos estudios incluían sujetos de diferentes actividades, lo que teóricamente condiciona estilos de vida diferentes (Mikulic et al., 2014; Peláez, Acosta y Carrizo, 2015; Ortega et al., 2016).

Conclusiones

De acuerdo a los objetivos de esta investigación se permitió analizar las diferencias en la percepción de autoeficacia general entre hombres y mujeres activos de la tercera edad. Aunque está en consonancia con otros trabajos consultados, es un tema controvertido que no termina de poner de acuerdo a los investigadores en la materia. Sería interesante seguir incidiendo en este fenómeno, observando si la práctica física afecta de manera desigual a hombres y mujeres. La evolución de la autoeficacia en la tercera edad, se presenta como un tema interesante dado el aumento de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas. La autoeficacia no se relaciona con la edad, no presentó dirección negativa.

Bibliografía

- Araujo, C. L. y Manucussi, A. C. (2012). “La práctica de actividad física en personas mayores del Valle del Paraíba, São Paulo, Brasil”. *Enfermería Global*, 11(28), 204-212.
- Blázquez, M. A., y Feu, M. S. (2012). “Motivos de inscripción, permanencia y satisfacción en un programa de actividad física de mantenimiento para mujeres mayores”. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), pp. 79-92.

- Brenlla, M. E., Aranguren M., Rossaro M. F. Vázquez N. (2010). “Adaptación Para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General”. *Interdisciplinaria*, 27(1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748006.pdf>
- Cantarero, J. C., y Carranque, G. Á. (2016). “Relación entre el pensamiento creativo y el ejercicio físico en personas adultas”. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), pp. 47-52.
- Cuadra, P. A., Cáceres, E. F. M., y Guerrero, K. J. S. (2016). “Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica”. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), pp. 57-68.
- García, A. J., Bohórquez, M. R., y Lorenzo, M. (2015). “La implicación en la actividad física como fuente de felicidad en personas mayores”. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(1), pp. 19-30.
- Gutiérrez, G. S., Elizondo, J. H., y Jiménez, J. M. (2013). “Efecto agudo de dos intensidades de tango (baja y moderada) sobre el estado de ánimo de adultos mayores”. *Actualidades en psicología*, 27(114), pp. 55-70.
- Landinez P. N. S., Contreras, V. K., y Castro, V. Á. (2012). “Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), pp. 562-580.
- Méndez, D. R., Montero, W. E. H., y Mora, L. S. (2016). “Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores”. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 13(1), pp. 101-113.
- Mikulic, I. M., Caballero, R., y Aruanno, Y. (2014). “Competencias socio-emocionales en adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires”. *Anuario de investigaciones*, 21(1), pp. 277-284.
- Miragall, M., Domínguez, A., Cebolla, A., y Baños, R. M. (2015). “El uso de podómetros para incrementar la actividad física en población adulta: una revisión”. *Clínica y Salud*, 26(2), pp. 81-89.
- Ortega-Zurita, F., Espejo-Garcés, T., Cofré-Boladós, C., Martínez-Martínez, A., Castro-Sánchez, M., y Chacón-Cuberos, R. (2016). “Influencia de la actividad física sobre la resiliencia en adultos con dolor de hombro”. *SPORT TK-Revista Euro Americana de Ciencias del Deporte*, 5(2), 53-58. Recuperado de: <https://revistas.um.es/sportk/article/view/264651>
- Padilla, J. L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., y González, A. (2006). “Propiedades psicométricas de la versión española de autoeficacia general aplicada en México y España”. *Revista Mexicana de Psicología*. 23 (2) 245-252. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649010.pdf?origin=publication_detail

- Peláez, E., Acosta, L., y Carrizo, E. (2015). “Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 0-0.
- Quintero, B. C. G., Melgarejo, P. V. M., y Ospina, O. J. M. (2017). “Estudio comparativo de la autonomía funcional de adultos mayores: atletas y sedentarios, en altitud moderada”. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 13(2). Recuperado de <http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/9072>
- Quiroz, F, I. (2015). “Efectividad de un programa educativo sobre actividad física en el nivel de conocimientos, prácticas y niveles de presión arterial en el adulto mayor del hospital Santa Isabel, el Porvenir-Trujillo”. *Cientifi-k*, 3(1), pp. 27-37.
- Reigal, R. E., y Videra, A. (2013). “Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad”. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 13(49), pp. 145-162.
- Santacruz, L. J. A. (2012). “La demanda ausente de actividad física en las personas mayores en España. Aspectos promocionales y organizativos para su conversión en clientes de las organizaciones deportivas”. *CUHSO*, 24(2), pp. 96-116.
- Self, C. O. L. O. (2016). “Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores”. *MHSalud*, 13(1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15359/mhs.13-1.4>
- Vivaldi, F, y Barra, E. (2012). “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores”. *Terapia psicológica*, 30(2), pp. 23-29.

Depresión en el adulto mayor

MCE. Flor Esthela Carbajal Mata

MT. Martina Colchado Ramos

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González

Introducción

Con el pasar del tiempo, envejecemos y transitamos por diferentes cambios en la vida, entre ellos; el fallecimiento de seres amados, la pérdida del trabajo, presencia de enfermedades, pérdida de los hijos, entre otros; y todas estas circunstancias en los diferentes contextos pueden provocar sentimientos de intranquilidad, ansiedad, tristeza (National Institute of Mental Health [NIMH], 2017). Aquí puede aparecer la depresión que se traduce en un trastorno del estado anímico y emocional; la tristeza se relaciona con la disminución de la hormona serotonina, encargada de regular el bienestar y el sueño; ante estas variantes se agota la energía y se sufren alteraciones en donde predominan la tristeza y la falta de voluntad (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2014).

Esta enfermedad causa sufrimiento en la vida diaria, afectando al 7% de la población adulta mayor y representa un 5.7% de discapacidad en adultos de 60 años de edad y más. Es difícil detectarla y diagnosticarla, ya que los síntomas se pasan por alto o se enmascaran fácilmente, siendo observado un desempeño deficiente y una percepción mala sobre su propia salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Regularmente la depresión en el adulto mayor aparece en el marco de dificultades sociales y físicas que enmascaran el diagnóstico, por lo que un test de identificación de depresión es una herramienta diagnóstica, siempre y cuando sea estrictamente aplicada, tomándose el tiempo necesario para el interrogatorio que permita la identificación adecuada ya que esto brindará un amplio abanico de posibilidades de recuperación del anciano (Sarró-Maluquer, Ferrer-Feliu, Rando-Matos, Formiga y Rojas-Farreras, 2013).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento, en México existe una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3% (1734 hombres mayores y 2186 mujeres), se evidenció que variables como la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales son factores estadísticamente asociados a la aparición de depresión en personas mayores y los rangos de edades se encuentran entre los 60 y los 103 años (De los Santos y Carmona, 2018).

Dentro de las principales causas de la depresión se encuentran la pérdida de la vitalidad, el ritmo de vida, deterioro de las actividades básicas e instrumentales, estado civil, separación de los hijos, pérdida del trabajo, aparición de las enfermedades crónicas y la dependencia económica (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013; Sarró-Maluquer et al., 2013).

En Ciudad Victoria, Tamaulipas se estudió a 1126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), los resultados indicaron que: 1) la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y 2) los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud. La reducción de la depresión no sólo está vinculada con la mejora de aspectos relacionados con la salud, sino con la mejora de las condiciones de vida de los ancianos (Rivera, Benito-León y Pazzi, 2015).

La Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, establece que la depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con consideraciones especiales debido a la fragilidad de esta etapa de la vida (Consejo Nacional de Salubridad, 2011). Se realiza la presente investigación para evaluar el grado de depresión y su asociación con los datos sociodemográficos de un grupo de adultos mayores de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en adultos mayores de 60 años, familiares de alumnos del 7º semestre de la asignatura de Metodología de la Investigación II, en el periodo comprendido de marzo a junio del 2019. Se contó con el consentimiento informado de los adultos estudiados, se les explicó el propósito de la investigación, apegado a los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a la Declaración de Helsinki. La muestra fue de 132 adultos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Para la recolección de los datos sociodemográficos, se empleó una cédula de datos personales, en donde se recabaron la edad, sexo, escolaridad, presencia de enfermedades, estado civil, ocupación, con quién vive y de quién depende económicamente. Para evaluar la depresión se utilizó el test de Yesavage para población adulta mayor, en la versión de 15 preguntas, en donde las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Se clasificó al adulto mayor con depresión normal (0 a 5 puntos), depresión leve (6 a 9 puntos) y depresión establecida (10 en adelante).

Resultados

La edad mediana del grupo de estudio es de 70 años dentro de un rango de 60 a 97 años. El 49.2% son casados, 34.0% son viudos, el 40.2% se dedica a las labores del hogar, el 40.9% vive con su esposo/a y un 38.6% vive con sus hijos/as. En cuanto a la dependencia económica el 49.2% es responsable de sus gastos, mientras que un 36.4% depende de sus hijos/as. Respecto al estado de salud, el 70.5% padece algún problema crónico, en la tabla I se muestra la distribución de los padecimientos respecto al sexo de cada adulto mayor.

Tabla I. Enfermedades crónicas que presentan los adultos mayores estudiados

Enfermedad	Mujer	Hombre	Distribución general
Diabetes mellitus	46.00%	35.60%	40.28%
Hipertensión arterial	44.80%	31.10%	38.12%
Enfermedades cardíacas	2.30%	2.20%	2.10%
Osteoporosis	4.60%	0.00%	2.80%
Artrosis	1.10%	0.00%	0.70%
Sobrepeso/obesidad	18.30%	13.30%	11.50%

n=132

Fuente: Cédula de datos personale.

En cuanto al grado de depresión en forma global el 32.6% presentó depresión leve, el 6.1% depresión establecida y el resto depresión normal (tabla II), en cuanto al sexo las mujeres presentaron un 33.3% de depresión leve contra un 31.1% en los hombres, similares resultados en la presencia de la depresión establecida en las mujeres un 5.7%, contra un 6.7% en los hombres respectivamente (tabla II). En la tabla III, al realizar la asociación de las variables sociodemográficas se observa relación con el estado civil ($p=0.026$) y la ocupación ($p=0.000$).

Tabla II. Resultados del test de depresión por sexo del grupo de adultos mayores participantes.

Enfermedad	Mujer	Hombre
Depresión normal	62.20%	60.90%
Depresión leve	31.10%	33.30%
Depresión establecida	6.70%	5.70%

Enfermedad	Mujer	Hombre
n=132		

Fuente: Test de Yesavage.

Tabla III. Características sociodemográficas del grupo de adultos mayores por sexo.

Variables	Sexo f (%)		Significancia*
	Mujer	Hombre	
Escolaridad			
Primaria incompleta	36 (27.27)	16 (12.12)	0.495
Primaria	21 (15.90)	16 (12.12)	
Secundaria incompleta	12 (9.09)	8 (6.06)	
Secundaria	12 (9.09)	4 (3.03)	
Media Superior/ Superior	6 (4.54)	1 (0.75)	
Estado civil			
Casado/a	35 (36.51)	30 (22.72)	0.026
Soltero/a	5 (3.78)	3 (2.27)	
Divorciado/a	11 (8.33)	3 (2.27)	
Viudo/a	36 (27.7)	9 (6.81)	
Ocupación			
Ama de casa	53 (40.15)	12 (9.09)	0.00
Jubilado/a	8 (6.06)	10 (7.58)	
Pensionado/a	15 (11.36)	9 (6.81)	
Empleado/a	9 (6.81)	14 (10.60)	
Otro	2 (1.51)	0.00%	
Con quien vive			
Esposo/a	29 (21.96)	25 (18.93)	0.053
Hijos/as	41 (31.06)	10 (7.57)	
Solo/a	11 (8.33)	8 (6.06)	
Nietos/as	4 (3.03)	1 (0.75)	
Otros	2 (1.51)	1 (0.75)	
Dependencia económica			
Propio	36 (27.27)	29 (21.96)	0.093
Hijos/as	36 (27.27)	12 (9.09)	
Familiares	8 (6.06)	2 (1.51)	

Variables	Sexo f (%)		Significancia*
	Mujer	Hombre	
Otros n= 132	7 (5.30)	2 (1.51)	

Nota: * Prueba de Ji Cuadrada

Fuente: Elaboración propia. Base de datos.

Discusión / Conclusiones

La presencia de depresión en los adultos mayores, si bien no es una enfermedad propia de este ciclo de la vida, se observa cada vez mayor en este grupo de población, llegándole a provocar trastornos en todos los ámbitos y además agrava las enfermedades, o en su defecto, facilita la aparición de otras. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2012 estimó que en México, los adultos mayores sufrirán un incremento a 18 millones para el 2025. Esto significará que para el año 2050 habrá un adulto mayor por cada cuatro habitantes, lo que podría augurar que este grupo de población tendrá un riesgo elevado de sufrir depresión (Hernández-Chávez et al., 2017).

Los resultados encontrados en la presente investigación demuestran que la depresión se encuentra presente tanto en las mujeres como en los hombres de forma leve y establecida, tal como lo demuestra Hernández-Chávez et al., (2017) investigadores que reportaron niveles de depresión leve y moderada del 50% en adultos de entre 65 a 87 años. Si bien se encontraron resultados similares de presencia de depresión en ambos sexos, en las mujeres se observa un poco más elevado el porcentaje (33.3% vs 31.1% respectivamente), y al igual que la investigación de Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015) en su estudio predominó el sexo femenino en un 64.38 %, que refiere la depresión establecida como 50.69 %.

Chávez-Ramírez, Zegbe, Sánchez-Morales y Castañeda-Iñíguez (2014) encontraron que la depresión establecida se observa más en las mujeres. Se encontró depresión establecida en menor porcentaje del 7%, contrario al estudio de Durán-Badillo et al., (2013), donde sus datos arrojan un 25% de adultos mayores con depresión establecida.

Respecto de los problemas de salud el 70.5% de los adultos presenta algún problema crónico, e investigaciones, como la de Rodríguez, Sotolongo, Luberta y Calvo (2013), demostraron que enfermedades como la osteoartritis y alteraciones sensoriales incrementan la depresión, así mismo Valdés, González y Salisu (2017) encontraron como principal factor de riesgo en un 95% para padecer depresión se encuentran la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

En cuanto a las variables sociodemográficas y su relación, el estudio de De los Santos y Carmona (2017), demuestra que variables como edad, escolaridad, estado civil, síntomas, ocupación y actividades sociales, frecuentemente se asocian con la aparición de la depresión en este grupo de población, y al realizar la correlación de estas variables sociodemográficas se observa asociación con el estado civil ($p=0.026$) y la ocupación ($p=0.000$). Al igual que Tartaglini et al., (2017), encontramos asociación positiva con la presencia de la depresión en adultos mayores que no cuentan con un trabajo y deben depender de otra persona, también aquellos adultos con pocos estudios escolares.

Para finalizar, el cuidado del adulto mayor debe ser completo, en sus diferentes esferas biopsicosociales ya que al hacerlo de esta forma mejorará su estado de salud; las redes de soporte como las de primera intención, la familia, entre otras, permiten al adulto enfrentar con mayor temple las situaciones de cambio de vida que se le presenten, como en este caso la superación de un proceso de depresión o, en su defecto, no permitir que se establezca esta enfermedad.

Es primordial dedicar cuidados personalizados al adulto mayor, entre ellos, la aplicación de tests para evaluar su estado mental. Así se aborda a tiempo la presencia de la depresión, que puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

Sin embargo, por la fragilidad de la persona, y debido a los cambios que ocurren en la vejez, la depresión suele presentarse, mas no debe ser arraigada, ya que puede ser superada con ayuda de la familia y apoyo profesional para descartar alguna demencia y continuar viviendo intensamente la etapa presente.

Bibliografía

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). “Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México”. *Salud Pública de México*, 55(1): pp. 74-80. Disponible en https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n1/v55n1a11.pdf
- Chávez-Ramírez, D., Zegbe, J., Sánchez-Morales, F. M., y Castañeda-Iñiguez, M. S. (2014). “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas”. *Revista de Educación y Desarrollo*, 29: pp. 73-78. Disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
- Consejo Nacional de Salubridad. (2011). Guía de Práctica Clínica (2011). “Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención”. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
- De los Santos, P. B. y Carmona, S. M. (2018). “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica”, 15(2):

- pp. 1-23. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., y Vázquez, L. (2013). “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”. *Enfermería universitaria*, 10(2), pp. 36-42. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002&lng=es&tlng=es
- Hernández-Chávez, L., Muñiz-Quintero, N. R., Gutiérrez-Leyval, M. A., Hernández-Mena, J. R., Chan-Zavala, M. J. y Cetina-Ceh, F. P. (2017). “Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo”. *Revista Salud Quintana Roo*, 9(35): pp. 6-10. Disponible en https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION_EN_UN_CENTRO_GERIATRICO_QUINTANA_ROO.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2014). “Depresión en el adulto mayor”. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2017). “Las personas mayores y la depresión”. Disponible en https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
- Llanes, H. M., López, Y., Vázquez, J. L y Hernández, R. (2015). “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”. *Revista de Ciencias Médicas*, La Habana, 21(1): pp. 65-74. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). “La salud mental y los adultos mayores”. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Rivera, J., Benito-León, J., y Pazzi, K. A. (2015). “La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México”. *América Latina Hoy*, 71: pp. 103-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=308/30843703006>
- Rodríguez, L., Sotolongo, O., Luberta, G., y Calvo, M. (2013). “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), pp. 64-75. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252013000100009&lng=es&tlng=es.
- Sarró-Maluquer, M., Ferrer-Feliu, A., Rando-Matos., Formiga, E., y Rojas-Farreras, S. (2013). “Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Medicina de Familia”, 39(7): pp. 354-360. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-depresion-ancianos-prevalencia-factores-asociados-S1138359313000178>

- Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., y Stefani, D. (2017). “Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina”. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 20(4): pp. 518-527. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/es_1981-2256-rbgg-20-04-00516.pdf
- Valdés, M., González, J. A., y Salisú, M. (2017). “Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral”. 33(4): pp. 1-15. Disponible en http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf

Depresión y sus efectos en el automanejo de enfermedades crónicas

ME. Cristina Rincón Gutiérrez

LE. Marily Yecenia Velazco Cruz

Dra. María Guadalupe Esmeralda Vázquez Treviño

Introducción

Está documentado que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) originan 40 millones de defunciones cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Cada año mueren por ECNT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 80% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ECNT (17.7 millones cada año), seguidas del cáncer (8.8 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones) y la diabetes (1.6 millones), estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Las ECNT comprenden una serie de enfermedades caracterizadas por una larga latencia y una expresión clínica muy diversa, su incidencia se encuentra asociada a una multitud de factores que se relacionan no solo con el curso clínico, sino con la velocidad de aparición del padecimiento, entre las principales ECNT con mayor prevalencia se encuentran las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas como el EPOC y el cáncer (Reyes, 2013).

En México, este tipo de padecimientos, son uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema de Salud. Las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia e incidencia son la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos. Con base en la ENSANUT 2012, la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2 por ciento de la población del país, presentando un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de la registrada en el año 2006. Originando fuertes repercusiones en los gastos en salud, tanto los que absorben las instancias gubernamentales como los que cubren los individuos en lo particular. Las consecuencias que estas enfermedades tienen en la productividad laboral, el desempeño escolar y el desarrollo económico en su conjunto hacen prioritaria la atención a este problema de gran magnitud, cuya solución debe plantearse como una acción permanente y de largo plazo por parte del gobierno y de la sociedad (SS, 2013).

Dentro de las ECNT también se encuentra la depresión donde la literatura reporta que el 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuro psiquiátricos más frecuentes. 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. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y en 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014).

Se ha encontrado evidencia de que las personas con enfermedades crónicas pueden padecer depresión. Disminuir el automanejo de estas enfermedades es complejo; pues una de las fuentes de estrés más relevantes es la misma enfermedad, en la esfera social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo, puede hacerle considerarse diferente a los demás y tener que luchar con el desconocimiento de las ideas erróneas que la población tiene sobre la diabetes.

Estos factores crean un círculo vicioso entre estrés, depresión y mal apego a tratamiento con el consecuente descontrol metabólico ya evidenciado. Es conocido que la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico, favorecer la disminución de la actividad física el aumento de la obesidad, y potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo (Sánchez, Loenzo, Mugartegui y Yáñez, 2015).

En un estudio realizado por León Hernández et al., (2019) reporta que casi la mitad (42.2%) de los participantes en su estudio con ECNT, refieren síntomas de trastorno depresivo en el continuo de leve a grave. Los estudios sobre el comportamiento de automanejo en personas con DM han documentado que se asocia con factores socio-demográficos, como edad, género, nivel educativo, estado civil y país de nacimiento, además, se relaciona con factores clínicos como indicadores de salud general y factores psicológicos como depresión, confianza, conocimientos y educación en salud (Maneze, 2016).

En un estudio realizado en la India se reportaron correlaciones entre automanejo y problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos (Yadav, 2016).

Debido al gran impacto de estas enfermedades en el estado de salud y los gastos de atención de salud, existe un creciente interés en programas de autogestión o automanejo estos programas hacen hincapié en el papel central del paciente en el manejo de su enfermedad (Hoffman, 1996).

Programas de auto-hombre-gestión tienen como objetivo ayudar a los pacientes con el tratamiento médico, el mantenimiento de las funciones vitales, y la gestión de las emociones negativas, como el miedo y la depresión. Adicionalmente, estos programas proporcionan a los pacientes los conocimientos necesarios, habilidades y confianza (autoeficacia) para hacer frente a problemas relacionados con la enfermedad. Por último, el automanejo prepara a los pacientes a colaborar con sus profesionales de la salud y el sistema de salud.

El concepto de automanejo, como reseñan Lorig y Holman, (2003), tiene sus orígenes en la teoría del aprendizaje social de Bandura y en la aportación del concepto de autoeficacia realizado como parte del desarrollo de su teoría. Grady y Gough lo definen como la atención diaria, por parte de las propias personas que cursan con alguna enfermedad crónica, es decir aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan sólo atender una enfermedad existente (Grady y Gough, 2014).

Lawn, Battersby, Harvey, Pols y Ackland, lo definen como la forma de evitar las complicaciones innecesarias, lo que maximiza la calidad de vida con el aumento de apoyo informal y formal.

Estos últimos autores diseñaron un modelo de automanejo que integra la capacidad de la persona para comprender la naturaleza de su enfermedad, de gestionar y organizar su acceso a elementos importantes de su cuidado y adoptar formas de vida que promuevan la salud (Lawn, Battersby, Harvey, Pols y Ackland, 2009). Por lo anterior expuesto se realiza este proyecto de investigación centrado en analizar la depresión relacionada con el nivel de automanejo en adultos con enfermedades crónicas.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo Observacional, descriptivo, transversal, correlacional (Polit y Hungler, 2000). La población de estudio estuvo conformada por 194 adultos usuarios de siete centros de salud de la Jurisdicción N° 1, se realizó una técnica de muestreo probabilístico; la técnica de aplicación del instrumento fue la entrevista, se aplicó una cédula de datos personales y dos instrumentos Escala de Yesavage con un Alpha de Cronbach de .861 que evalúa grado de depresión e Instrumento Partners in Health Scale (Battersby, 2003) validado en contexto mexicano por Peñarrieta-de Córdova, et al., en 2014. Este instrumento permite valorar el comportamiento en forma global y en tres dimensiones: 1) conocimiento sobre su salud y enfermedad, 2) manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad y 3) la dimensión de adherencia entendida no sólo en adherencia al tratamiento médico, sino también en la comunicación con el médico y proveedor de salud.

El instrumento está formado por 12 ítems con una escala de calificación continua que va de 0 a 8 y un alpha de Cronbach de 0.88, su interpretación es a mayor puntaje mejor automanejo (Peñarrieta, 2014).

El estudio se apegó a las consideraciones éticas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y a lo establecido en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo permiso de la Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria N° 1, así como el consentimiento informado de cada participante.

Resultados

Se entrevistó a un total de 194 participantes adultos con al menos una enfermedad crónica, la media de edad fue de 60 años, una mínima de 22 años y una máxima de 86 años, entre las enfermedades con mayor prevalencia se mencionaron la diabetes mellitus tipo 2 en un 62.4%, hipertensión arterial en un 56.7%, seguida de enfermedades del corazón en un 11.3%.

El género preponderante fue el femenino, el cual representa el 83% del total de la población encuestada, en contraste con el género masculino el cual fue de un 17%. Por otro lado el estado civil en el que se encuentran los participantes en su mayoría fue casado en un 59.8%, seguido de viudo en un 21.1%. Referente a la escolaridad de los participantes media de escolaridad fue de 7.2 años.

En relación al acceso a los servicios de salud, se identificó que los participantes, tienen acceso en su mayoría al seguro popular en un 76.3%, seguido del seguro social en un 19.1%. El tipo de familia en que habitan los adultos es la nuclear en un 51.5%, seguida de la nuclear modificada en un 17.5%, además 13.9% de los participantes pertenecen a una familia extensa, la media de integrantes por familia fue de 4, con un mínimo de un integrante y máximo de 18 integrantes (tabla I).

Tabla I. Variables sociodemográficos de los participantes

Variable	f	%
Enfermedad		
Diabetes tipo 2	121	62.4
HTA	110	56.7
Enf. Cardiacas	22	11.3
Otros	43	10.9
Género		
Femenino	161	83.0
Masculino	33	17.0

Variable	f	%
Estado civil		
Casado	116	59.8
Viudo	41	21.1
Otros	37	19.1
Tipo de seguro de salud		
Seguro popular	148	76.3
Seguro social	37	19.1
Otros	9	4.6
Tipo de familia		
Nuclear	100	51.5
Nuclear modificada	34	17.5
Extensa	27	13.9
Otros	33	17

Fuente: Cédula de datos personales, 2017.

En cuanto a la puntuación global de automanejo de enfermedades crónicas, se obtuvo una media en la puntuación 78.8, con un rango mínimo de 24 y máximo de 96. El 85.4% (166) de los participantes pueden ser clasificados en la categoría de automanejo adecuado ya que obtuvieron puntuación entre 65 y 96, así mismo un 12.6% (25) se encontraron en la puntuación de entre 33 a 64 lo cual indica un automanejo regular y solo un 1.5% (3) en automanejo deficiente con una puntuación de entre 0 a 32; si bien la mayoría se encontró en un automanejo adecuado, continúa existiendo un porcentaje que necesita de apoyo para mejorar el automanejo de sus enfermedades crónicas (tabla II).

Tabla II. Variable Automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles

Nivel de Automanejo	f	%
Automanejo deficiente	3	1.5%
Puntuación: 0 a 32		
Automanejo regular	25	12.6%
Puntuación: 33 a 64		
Automanejo adecuado	166	85.4%
Puntuación: 65 a 96		

Fuente: Partners in Health Scale, 2017.

Se realizó análisis de la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones del instrumento de automanejo, en lo que respecta a la dimensión conocimiento de la enfermedad se obtuvo una media en la puntuación 11.8, lo que indica conocimiento regular, sin embargo, 62.9% (122) se encuentra en la categoría de conocimiento adecuado, en la dimensión de adherencia se obtuvo una media en la puntuación 40.2 la cual nos dice que existe adecuada adherencia, de lo anterior se puede describir que 83.3% (163) se ubicaron en puntuaciones de 32 a 48 lo cual corrobora que existe adecuada adherencia, y por último, en la dimensión manejo del impacto físico, mental y social de la enfermedad, se encontró una media en la puntuación 26.7, el 82.9% (161) logró puntuaciones entre 22 a 33, lo que indica un adecuado manejo del impacto físico, mental y social de la enfermedad.

En lo que respecta a la depresión se encontró una media en la puntuación 3. Se encontró además que el 87.1% (169) se ubicó en la puntuación de 0 a 8, representativa de que no existe depresión en la mayoría de los participantes. Sin embargo existe una minoría del 2.5% (5), que se encontraron en depresión establecida y de la cual es importante atender además de que el otro 10.1% (20) de los participantes se encuentran en riesgo de empeorar sus síntomas de depresión generando nuevos problemas en su salud y repercutiendo en el automanejo de sus enfermedades crónicas no degenerativas (tabla III).

Tabla III. Variable Depresión

Nivel de Depresión	f	%
Sin depresión Puntuación: 0 a 8	169	87.1%
Depresión moderada Puntuación: 9 a 16	20	10.1%
Depresión establecida Puntuación: 17 a 24	5	2.5%

Fuente: Escala de depresión de Yesavage.

Referente a las variables principales del estudio relacionadas con la depresión relacionado al automanejo de enfermedades crónicas, se realizó el análisis estadístico Rho de Spearman, para determinar si existe evidencia suficiente para declarar una correlación entre el nivel de automanejo con el nivel de depresión ($p=0.006$) La correlación es negativa ($\rho_s=-0.195$), lo cual se interpreta que a mayor nivel de depresión, menor nivel de automanejo, sin embargo la fuerza de la correlación es baja.

Discusión

Participaron en el estudio 194 adultos, predominó el sexo femenino con 83% del total de los encuestados, en contraste con el 17% de hombres, con edades que oscilan entre 22 años como mínimo y 86 años como máximo, encontrando además que el promedio de edad fue de 60 años, similar a lo descrito por diversos autores, entre ellos Márquez, (2015), quien reporta entre sus participantes una media de edad de 57.35 años y quien además identifica al género femenino como el preponderante en su estudio en un 71.9%.

Peñarrieta et al., (2015) informa que en su estudio se vio mayor presencia del género femenino en un 63% coincidiendo en el promedio de edad que fue de 60 años, y coincidiendo con estos autores Sánchez et al., (2015), refirió en su estudio haber encontrado un 63% de participantes mujeres en contraste con el 35% de varones, siendo el promedio de edad de sus participantes de 55 años, lo anterior toma relevancia ya que en todos los casos se evidencia que son las mujeres las que acuden con mayor frecuencia a los centros de salud y de acuerdo a la edad presentan casos muy similares.

Además las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles que predominaron en la población fueron la diabetes mellitus tipo 2 en un 62.4%, hipertensión arterial en un 56.7%, seguidas de enfermedades del corazón en un 11.3%; y un porcentaje de 2.6% para depresión, coincidente con Pérez y Martínez, (2011) quien encontró un 93.36% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, esto toma relevancia ya que se demuestra que las enfermedades crónicas no trasmisibles continúan siendo los primeros lugares de padecimientos de los adultos. El estado civil en el que se ubicó al 59.8% de los participantes fue casado, seguido de viudo en un 21.2% entre la revisión de bibliografía se encontró coincidencia en estudios como el de Cruz et al., (2014) donde se reporta un 72.3% de participantes con pareja, además García et al., (2017) refiere un 66% de casados, al igual que Márquez, (2015) quien reportó el 51.1% de participantes casados, y Peñarrieta et al., (2015), quienes mencionan que más de la mitad de su población 64% fueron casados.

Sin embargo, Fernández y Manrique, (2011) reportan una población de viudos en un 42.5%, de sus participantes con enfermedades crónicas, de este modo se hace evidente la necesidad de atender el porcentaje de participantes que son viudos y así mismo que presentan enfermedades crónicas, ya que aunque representan un porcentaje mínimo, el estado civil puede ser un factor para disminuir o mejorar el automanejo de enfermedades crónicas.

Así mismo la escolaridad en número de años que se encontró preponderante entre los participantes fue de 6 y 9 años en un 18.6% respectivamente, lo que corresponde al nivel primaria completa y secundaria completa concuerdante con lo

descrito por Sánchez, Hipólito, Mugarregui y Yáñez (2015), quienes indican que la mayoría de los pacientes estudió la secundaria completa y en el grupo de mujeres la escolaridad que predominó fue la primaria y en los varones la secundaria, así mismo Rincón (2016) describe en su población un 64.6% con primaria y el 24.7% con secundaria. Siendo importante, ya que pudiera estar relacionado al enriquecimiento del automanejo.

Respecto al tipo de familia en el que habitan los adultos la mayoría se ubicó en la nuclear en un 51.5%, lo cual es similar a los resultados de Peñarrieta et al., (2015) quienes ubicaron un 55% de familias nucleares en su población y a su vez García et al., (2017) identificaron a la mayoría de la población ubicada en una familia nuclear en un 42%.

Con respecto al automanejo, se obtuvo una media en la puntuación general de 78.8. El 85.4% de los participantes obtuvo una puntuación entre 65 y 96, correspondiente a un automanejo adecuado, similar con lo encontrado por Peñarrieta et al., (2015) quienes establecieron en su estudio que se encontró una media de 65 en el índice general de automanejo, así mismo Peñarrieta et al., (2015) encontraron, en otro estudio realizado en centros de salud, resultados similares a los primeros, donde destacan que el 57.1% de los participantes correspondientes a la mayoría, se encontraron en un automanejo adecuado, así mismo la puntuación general se ubicó en un promedio de 66, estos resultados encuentran a su vez similitud en el estudio de Mar et al., (2017), donde se indica una puntuación media global en automanejo de 81 coincidente con un automanejo adecuado.

En lo que respecta a las dimensiones del automanejo en cuanto a conocimiento de la enfermedad se obtuvo una media en la puntuación de 11.8, lo que indica conocimiento regular, sin embargo 62.9% se encuentra en la categoría de conocimiento adecuado, esto es semejante con lo encontrado por Peñarrieta et al., (2013), en el estudio de automanejo en pacientes con DM2, HTA y cáncer, donde 7 fue la puntuación media, lo que indica conocimiento regular sobre la enfermedad, así mismo Lagos y Flores, (2014) describen un 49% de su población en conocimiento regular.

En la dimensión adherencia se obtuvo una media en la puntuación 40.2 además el 83.3% (163) se ubicaron en puntuaciones de 32 a 48 lo cual corrobora que existe adecuada adherencia al tratamiento, Lagos y Flores, (2014) describen datos diferentes donde mencionan que en su población de enfermos crónicos la categoría de adherencia al tratamiento regular fue la preponderante en un 60%. En la dimensión manejo del impacto físico, mental y social de la enfermedad, se encontró una media en la puntuación 26.7, el 82.9% obtuvo puntuaciones entre 22 a 33, lo que indica un adecuado manejo del impacto, distinto de lo encontrado por

Lagos y Flores, (2014), quienes encontraron manejo del impacto regular en un 43% de sus participantes.

En lo que respecta a la depresión se encontró una media en la puntuación 3. Además el 87.1% se ubicó en la puntuación de 0 a 8, lo cual dice que no existe depresión en la mayoría de los participantes, semejante con lo encontrado por Erreyes (2017), quien en su estudio describe que sus participantes con enfermedades crónicas en el 47% se localizó en depresión leve, siendo éste el mayor porcentaje, sin embargo, describe un 18% con depresión grave. Márquez, (2015) además menciona que, en la población de enfermos crónicos participantes en su estudio, los síntomas de depresión se clasificaron de acuerdo al nivel de severidad, destacándose los síntomas mínimos. Con base en los resultados se concluye que la depresión representa una variable importante para comprender el automanejo (León, 2018).

Conclusión

La depresión es un trastorno que puede afectar todas las esferas de la vida cotidiana de las personas que la padecen, los adultos mayores son uno de los grupos etarios más vulnerables a presentarla por diferentes factores que están ampliamente descritos en la literatura como la soledad, el abandono familiar, el maltrato físico, mental, social y la concomitancia de las enfermedades crónico degenerativas así como las complicaciones que padecen; así pues, enfermedad y depresión no son conceptos separados, es decir, pueden estar relacionadas una con otra; vivir con una o múltiples enfermedades crónicas puede desencadenar problemas de depresión y a su vez actuar empeorando el pronóstico evolutivo del paciente. En cuanto a automanejo de enfermedades crónicas, se hace evidente la limitación en el progreso del paciente adulto mayor en las diferentes esferas que conforman el automanejo si se hace presente el trastorno mental, los resultados encontrados en la investigación indican que a mayor nivel de depresión, menor será el automanejo de enfermedades crónicas y viceversa.

Ante los resultados mencionados se vuelve importante la identificación temprana de los adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas en riesgo de padecer el trastorno y de la atención integral a los adultos mayores que se identifiquen con algún nivel de depresión, de este modo es posible optimizar el automanejo de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Bibliografía

- Battersby, M. W., Ask, A., Reece, M. M., Markwick, M. J. y Collins, J. P. (2003) "The Partners in Health Scale: the development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management". *Aust J Prim Health*; 9(4): pp. 41-52. Recuperado de: <https://doi.org/10.1071/PY03022>
- Cruz, P., Vizcarra, I., Kaufer, M., Benítez, A. D., Misra, R., y Valdez, R. (2014). Género y autocuidado de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 119, 122, 124, 125, 126, 136, 137.
- Erreyes-Pesantes, J. A. (2017). "Depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el barrio Chontacruz Loja". (Tesis de licenciatura: Médico general) Universidad de Loja, pp. 2, 41-49, 52.
- Fernández, R. A., y Manrique, F. G. (2011) "Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores". *Av. enferm.*, Volumen 29, Número 1, p. 30-41, 2011. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. pp. 33-36, 39.
- García-Mar, J., Peñarrieta-de-Córdoba, M. I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Torres, S. y De-León-Ramírez, M. (2017) "Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2". *Revista Enfermería Universitaria*, pp. 1-7
- Grady, P. A. y Gough, L. L. (2014) "Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions". *Am J Public Health*. 104(8): pp. 25-31. Recuperado de: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Hoffman, C., Rice, D. y Sung, H. Y. (1996). "Persons with chronic conditions: their prevalence and costs". *JAMA*. 276:1473-9.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2014), "Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. P. 4.
- Lagos-Méndez, H., y Flores-Rodríguez, N. (2014) "Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el hospital de Puente Piedra-Lima". *Revista cuidado y salud*. Vol. 1 (2): pp. 86-89
- Lawn, S., Battersby, M., Harvey, P., Pols, R., y Ackland, A. (2009). "A behavioural therapy approach to self-management: the Flinders Program". *Diabetes voice: bulletin of the International Diabetes Federation*. 54(Special): pp. 30-2.
- León-Hernández, R. C., Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Flores-Barrios, F., y Rivera, M. C. (2019). "Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas". *Enfermería universitaria*, 16(2): pp. 128-137. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.637>

- Lorig, K. R., y Holman, H. (2003). "Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms". *Ann Behav Med.* 26(1): pp. 1-7. Recuperado de: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Maneze, D., Everett, B., Astorga, C., Yogendran, D., y Salamonson, Y. (2016). "The influence of health literacy and depression on diabetes self-management: a cross-sectional study". *J Diabetes Res.* 2016(3458969): pp. 1-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1155/2016/3458969>
- Márquez, L. M. (2015). "Depresión, ansiedad y autocuidado en el control glucémico en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2" (Tesis de Maestría) Universidad Autónoma de Nuevo León: México, pp. 36-37
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Notas descriptivas", p. 2. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Vergel-Camacho, S., Ledezma-Vigo, S., Rivero-Álvarez, R., Taípe-Cancho, J., y Borda-Olivas, H. (2013) "El automanejo de enfermedades crónicas: Población de una jurisdicción de centros de salud". *Revista Enfermería Herediana.* Vol. 6 pp. 42-49.
- Peñarrieta-de-Córdova, M. I., Reyes, G., Kredert, S., Flores, F., Resendia, E., y Chávez Flores, E. (2015). "Automanejo en enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Cáncer". *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener,* 4: pp. 8-9.
- Peñarrieta-de-Córdova, I., Flores-Barrios, F., Gutierrez-Gomes, T., Piñonez-Martínez, M. S., Quintero-Valle, L. M., y Castañeda-Hidalgo, H. (2014). "Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation". *Nurs Manag.* 20(10): pp. 32-37.
- Pérez, C., y Martínez, A. (2011). "Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud". *Universidad de Puerto Rico, Recinto de ciencias médicas. Revista Salud y Sociedad.* 2 (1): pp. 1, 47, 50, 51-55.
- Polit, D. S., y Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos.* (6° ed.). México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, pp. 188-191, 271
- Reyes, P. A. (2013). *Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa meta-salud en Sonora, Colegio Sonora,* pp. 5-7.
- Rincón, M. K. (2016). "Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2". (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Colombia, pp. 72-73

- Sánchez, J. F., Loenzo, A. H., Mugartegui, S. G., y Yáñez, R. M. (2015). “Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”. *Atención Familiar*, 23 (2): pp. 13-14.
- Secretaría de Salud México (SS) (2013) Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. 1º Edición, IEPSA Entidad paraestatal del gobierno federal. p. 9
- Yadav, S. (2016). “Mental health problems and self-management among people with type-2 diabetes”. *IJHW*. 7(10): pp. 1021-1023.

Pérdida significativa como factor de la dependencia al alcohol

Dra. Sandra Angélica Ramírez Hernández
Dra. San Juana de Jesús Ramos Luna
Dra. Ma. Guadalupe Vázquez Salazar

Introducción

Cuando fallece una persona terminan sus sufrimientos, al menos los de su vida en la Tierra. Pero los que siguen viviendo se enfrentan a un trauma asolador, a enormes presiones, a decisiones importantes y violentas emociones. El sufrimiento o duelo de los sobrevivientes apenas comienza. La atención de amigos y parientes ha estado centrada en el que estaba muriendo. Pero ahora, aquellos a quienes la muerte afectó más de cerca, necesitan la atención y la consideración de la familia y los amigos.

La mayoría de nosotros desconoce el duelo hasta que lo experimenta en carne propia. Sabemos que nos sentiremos tristes y heridos, pero tal vez nos sorprenda percibir otras emociones, como el enojo y la culpa. Cuando alguien muere, es posible que observemos un cambio en las relaciones con los demás; nuestras familias y amistades ya no son lo mismo, debido a las alteraciones que trae consigo la pérdida de uno de sus miembros. La muerte de alguien es una pérdida particularmente dolorosa, sobre todo si uno le tiene un profundo amor. Cuánto más intensos y profundos sean nuestro amor, dependencia y esperanza tanto más nos dolerá su pérdida.

El ser humano tiene una necesidad de sentirse querido y respetado, pertenecer a un núcleo familiar. Por una razón u otra se pierde, empieza a experimentar sentimientos de soledad, frustración y con ello se presentan los factores que predisponen que la estabilidad presente un desequilibrio emocional. Entre los sentimientos más profundos del ser humano se encuentra en primer lugar el duelo, donde las pérdidas se hacen tan significativas como la ausencia de un ser querido de su familia.

Por lo tanto, podemos entender que la vida de una persona con un duelo no cuenta con la seguridad y el apoyo emocional, y tenderá a presentar conductas no favorables para su entorno, cayendo en consumo de sustancias, tal como el alcohol y vivir con los efectos y actitudes negativas relacionadas con su abuso. La muerte y pérdida de salud de una esposa, padres, hermanos y de los hijos son significativas. Por lo que se empieza a experimentar el consumo de alcohol y no tener la fuerza para evitarlo (O'Connor, 2007).

Cabe mencionar que en un inicio esta investigación tenía particular interés en conocer la pérdida significativa como factor que facilitaba la vulnerabilidad a la dependencia al alcohol. Conocer si el nivel o hábito de consumo tenía directa relación con las costumbres de la persona entrevistada, la vulnerabilidad emocional, así como también si presentaba efectos diferenciales.

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuanto más converjan en una persona, más probable es que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia de su consumo. Es importante identificar y conocer las experiencias de las personas que han caído en el problema del abuso de alcohol y su relación con las pérdidas significativas en su vida.

Las entrevistas realizadas a un grupo de personas adultas que se encuentran en un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) muestran información importante sobre el auto-reconocimiento del problema vivido con el abuso de alcohol y del reconocimiento de las repercusiones que presentaron por este vicio. Estas repercusiones, tanto de salud física, como mental y emocional, se fueron agudizando a través de las pérdidas que fueron sufriendo poco a poco, independientemente si ya presentaban el problema de alcoholismo o no (Heinemann, 2003).

La literatura relacionada con la investigación, sustenta cómo el ser humano al no tener una estabilidad emocional y, por ende el apoyo familiar, es fácil de ser susceptible a la decisión de consumir alcohol, tal como lo expresan Hardiman (2004) y Nizama (2015). Estas situaciones predisponen el desarrollo del duelo, el cual pasa por varias etapas (Kübler, 2011).

Diseño de investigación y sujetos de estudio

La presente investigación parte de un enfoque cualitativo que toma como base el interaccionismo simbólico enfocado en la interpretación del significado (Flick, 2007) que permite a su vez abordar la realidad social (Vela, 2001), aplicada al estudio tanatológico a través de los procesos de duelo y consumo de alcohol en personas que acuden a Alcohólicos Anónimos (AA), en donde partiendo de los fundamentos del enfoque cualitativo, su proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana.

Tamayo, (1994), citado por Álvarez (2006), refiere que el punto de partida del científico es la realidad, que mediante la investigación le permite llegar a la ciencia, el científico observa, descubre, explica y predice aquello que lo lleva a un conocimiento sistemático de la realidad. El Modelo sociocultural, retoma las perspectivas de la antropología, la sociología y métodos de investigación cualitativa. Bajo este modelo,

la “droga” es considerada como un campo de relaciones entre sustancias, sujetos y contextos (Apud y Romani, 2016). Este modelo ha ayudado a comprender las prácticas sociales y culturales relacionadas con el consumo de sustancias.

Por lo anterior, es importante conocer las experiencias de las personas que cayeron o incrementaron el consumo de alcohol después de la pérdida de un ser querido y así mismo puedan comunicar libremente su vivencia, sentimientos y angustias sin crítica ni censura y puedan reconocer y aceptar en qué momento del proceso de elaboración de la pérdida se encuentra cada uno de ellos (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, [ENCODAT], 2017).

Debido a que la presente investigación es de tipo cualitativa se intenta, entre otras cosas, identificar las raíces subjetivas de la adicción al alcohol en el grupo de informantes. Es decir, describir cómo la formación de la persona, su cultura, familia, creencias y, en este caso en particular, cómo alguna pérdida significativa no elaborada, ocasionó que el sujeto pasara del uso a la dependencia.

Lo anterior hace necesario basarse en un método como el fenomenológico, para describir la experiencia interna o subjetiva de la persona y así comprender al alcoholismo como un modo de afrontamiento ante una posible pérdida significativa. Dilucidar cómo esta adicción se gesta desde la formación de la persona y cómo ésta revela carencias de recursos psíquicos que favorezcan mejores formas de adaptación a las pérdidas (Cabodevilla, 2007).

La narración del informante es la herramienta que arroja detalles antropológicos que sirven como material para conocer cómo surge y se manifiestan en el alcohólico la pérdida y el duelo no elaborado. Por este mismo medio se busca la descripción en profundidad de los siguientes tres puntos en la vida de la persona: su formación personal y familiar en relación con el uso del alcohol en la familia, pérdida significativa en la vida de la persona y finalmente, cómo vivió el duelo de esta pérdida.

Se planea por medio del dispositivo de entrevista semi estructurada recolectar datos subjetivos, analizar su discurso a través del método fenomenológico-narrativo y con ello obtener información que revele la manera en la que la adicción se configuró dentro del sujeto y cómo se manifiesta la probable falta de elaboración del duelo (Canales, 2006).

La fenomenología y la narrativa, que tienen como objeto de análisis dicha subjetividad, sirven a esta investigación, para ir de los significados particulares a las conclusiones generales que este estudio pudiera dar como testimonio. Se hace imprescindible aclarar que, si bien la entrevista es una vía para conocer a la persona, lo que verdaderamente se busca es conocer la conexión entre pérdida y adicción al alcohol. El informante será un medio para poder investigar inductivamente la

manifestación de esta conexión en la vida de la persona. A través de la fenomenología se logrará obtener una radiografía de cómo vive el alcoholismo, la pérdida y el duelo, sus manifestaciones y consecuencias.

A lo largo de las sesiones se producen textos basados en las vivencias y significados del informante que posteriormente se organizan, analizan, revisan y ordenan en términos temáticos y cronológicos. Durante las sesiones de entrevista es inevitable llegar a raíces emotivas, evidentemente al hablar de sus experiencias infantiles o vivencias en torno a las pérdidas, se remuevan en el informante muchas emociones. Es importante la observación de estos momentos, con la finalidad de conocer cómo esto abona a la investigación (Vela, 2001).

Sujetos de estudio

Los participantes de la presente investigación fueron en su totalidad hombres adultos mayores, con una edad límite superior de 70 años. En su mayoría son miembros que acuden a AA desde hace más de 10 años, únicamente uno de los sujetos no asiste a ningún grupo de apoyo y es justamente el único sujeto que actualmente sigue consumiendo alcohol. Todos son personas seleccionadas al azar a las cuales se les pidió que colaboraran con la investigación, al explicar que la entrevista sería breve y confidencial, todos aceptaron. Las entrevistas no se llevaron a cabo en un solo día, sino en un lapso de dos semanas en diferentes momentos cada una. Se realizaron en lugares privados, cómodos y seguros para la confidencialidad que se buscaba. Cada uno de los sujetos respondió abierta y amablemente cada una de las preguntas y la duración máxima de las entrevistas fue de 35 min.

Resultados y discusión

A raíz de los datos recolectados puede afirmarse que los sujetos tuvieron recursos limitados para afrontar las pérdidas que iban experimentando, es decir, vivieron los duelos de forma compleja, lo que los llevó a seguir dependientes del alcohol sin embargo están aprendiendo a ser resilientes por sí mismos y sin necesitar muletas emocionales o conductuales como el alcoholismo (Casado, 1994). Se considera que las pérdidas de personas significativas son importantes y trascendentes en la vida de los sujetos, sin embargo, no son el motivo principal del consumo de alcohol y mucho menos del alcoholismo.

Las pérdidas de lo no material, sí son motivo de alcoholismo, aquellas circunstancias que no se pueden medir o contar, porque no sucedieron solo en un momento dado, sino que eran parte de la atmósfera de vida de la persona, esas situaciones sí llevan al alcoholismo. La falta de apoyo, de mimos físicos, de atención, de juego en la infancia, de satisfacciones, de reconocimiento, esas carencias llevan

a los sujetos de esta investigación a haber vivido en la anemia afectiva de lo que no pudieron hacer, de lo que no tuvieron.

Los sujetos generaron una imagen desvalorizada de sí mismos, lo que contribuyó a que entraran en el mundo del alcohol más fácilmente, sobre todo si no tuvieron cerca a personas interesadas en cuidarlos para que dirigieran su camino por un mejor rumbo. Sin embargo, se puede interpretar que los sujetos de la presente investigación, personas con problemas de adicción al alcohol no son, como pudiera decirse coloquialmente, una jarra rota que ya no tiene compostura. Hay intuitivamente un saber interno que los llevó a cómo regenerar lo que se lastimó, esto es la presencia de lo espiritual.

La conciencia de ayuda que tiene cada uno de los testimonios es la punta que los llevó a comenzar a desanudar solos el gran nudo de la adicción, en el que de alguna manera aún se encuentran, aunque ya se encuentren en rehabilitación. Después de lo analizado se puede interpretar también, que superar las omisiones o necesidades que se tuvieron en la infancia o adolescencia tiene que ver con recibir de sí mismo, o de otros, lo que no se recibió en su momento y que esto es parte de la rehabilitación al alcohol.

Todo lo anterior señala que los sujetos vivieron omisiones que podrían analizarse como pérdidas de lo no material, ausencias de lo no visible y no contabilizable pero que generan un profundo dolor que se intenta reducir por medio de la adicción, en este caso al alcohol. Existe una relación directa de la rehabilitación con la superación o el abastecimiento de estos vacíos.

Pareciera que en la rehabilitación está implicada una especie de autoparentalización en la que la persona puede, en la edad adulta, darse a sí mismo o abrirse a obtener de otros, aquellas cosas que le hicieron falta de chico. Como quien lo llevara de la mano a un menor y lo colocara en un lugar más seguro, así la persona hace eso consigo misma. La persona cuenta consigo mismo y ya no espera un salvador que redima todo aquello que no ha tenido. Así también se observó cómo aquellas personas que siguen demandando en lo externo el afecto no obtenido, siguen en el consumo de alcohol (Kübler, 2011).

Conclusiones y recomendaciones

Aunque la investigación se haya hecho con adultos se concluye que siempre se trabaja con la infancia, todas las personas han sido hijos alguna vez y por lo tanto llevan a la adultez las secuelas de aquellas historias infantiles donde algo faltó o sobró, situaciones que cobran relevancia a lo largo de toda la vida. En este trabajo se estaban buscando hechos como la muerte y las pérdidas de personas en relación al alcoholismo y se encontraron ausencias distintas, carencias de hechos como

el amor, el afecto, la unión, la pertenencia y la protección entre otros. Se puede concluir que lo que en realidad es un factor que lleva al alcoholismo no es una sola pérdida significativa y no solo de personas queridas o cercanas, sino más bien un cúmulo de pérdidas inmateriales que suceden sobre todo en los primeros años de vida. Se recomienda continuar con investigaciones como ésta pues los temas que involucran alcoholismo y subjetividad son inagotables.

Valga decir que la sociedad hace creer a las personas que los padres deben ser los únicos en brindar todos los nutrientes emocionales en la infancia y quizá si sea así, esta investigación no concluye lo contrario, pero sí deja abierta la posibilidad de empezar a mirar que el ser humano nunca está completamente terminado, y que en el andar, a cualquier edad y bajo cualquier circunstancia, es posible encontrar aquello que puede sentir que le faltó.

Bibliografía

- Álvarez J. L., y Jurgenson G. (2006). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. 1a. Edición 2003. Reimpresión 2006. México, D. F. p. 13
- Cabodevilla, I. (2007). “Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra”. 30(supl. 3): pp. 163-176. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012#bajo
- Canales, C. M. (2006). *Metodologías de la investigación social*. LOM Ediciones.
- Casado, F. D. (1994). “Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas”. Recuperado de: http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
- ENCODAT (2017). “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol”. Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las adicciones. Secretaría de Salud. Recuperado de: https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/cuestionario_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. 2da. Edición. Ed. Morata. España, p. 317
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte*. Barcelona: Paidotribo.
- Kübler R., E. (2011). *Sobre la muerte y los moribundos: alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. México: Random House Mondadori, S. A. de C. V.
- O'Connor, N. (2016). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. 2ª ed. Mexico: Trillas, pp. 15-16.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Vela, F. (2001). “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”. En M. Tarrés (Comp.) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 63-95). Flacso. Recuperado de: <https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2016/08/vela-peon.pdf>

Aislamiento social, soledad y deterioro cognitivo en el adulto mayor

Dr. Luis Antonio Rendón Torres

Dra. Yolanda Botello Moreno

ME. Karla Iris Cuevas Martínez

Introducción

El envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo en donde se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales lo que lleva a un aumento de riesgo de enfermedades y funcionalidad. El adulto mayor (AM) es un individuo que forma parte de la última etapa del proceso del envejecimiento y se considera que esta etapa inicia a partir de los 60 años en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2018]).

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) en México las cifras indican que el segmento de AM representa un 11.3% del total de la población; es decir uno de cada diez mexicanos es adulto mayor. Las cifras con respecto al género indican que el 53.8% del total de AM es mujer y el 46.2% es hombre. El INEGI (2016) señala, que actualmente 89.4% de personas de 60 años y más reciben atención médica mientras que el 10.6% restante no tiene acceso a dichos servicios médicos. Esto es relevante ya que significa que aún existe una brecha en el acceso a la salud de personas adultas mayores, que se debe atender para mejorar su calidad de vida. El estado de salud del AM recae en el grado de independencia de éste, afectando condiciones físicas, psicológicas y sociales.

Dentro de los cambios psicológicos que presenta el AM se encuentran dos puntos importantes que afectan su calidad de vida; la depresión y el deterioro cognitivo. La cognición en términos generales se entiende como la facultad de los seres humanos de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016). La cognición se divide en diferentes tipos de procesos: los cuales son atención selectiva, visoespacial, memoria, atención sostenida, lenguaje, espacio u orientación y abstracción. La atención selectiva es la capacidad que tenemos para seleccionar y concentrarnos en un estímulo estando presente algunos distractores. Nuestro cerebro realiza un proceso en el cual ignoramos inconscientemente los demás estímulos para poder enfocarnos en una única tarea (Sánchez & Marín, 2014).

Las habilidades visuoespaciales se encargan de que comprendamos el espacio que nos rodea y tengamos la capacidad para movernos dentro del mismo. Esto implica que conozcamos ciertas características de nuestro alrededor, como la forma, el tamaño, la orientación y la localización de dichos objetos en el espacio, respecto a otros objetos y respecto a nosotros mismos, y tener la capacidad de manipular dichos objetos en el espacio mentalmente (Yang, Connors y Merrill, 2014).

La memoria humana es la capacidad del cerebro para almacenar información y permite recordar toda la información que hemos retenido. Existen dos clasificaciones fundamentales: 1. Memoria a largo plazo, es la que almacena toda la información que ha existido a lo largo de nuestra vida. 2. Memoria a corto plazo, es en donde registramos los acontecimientos recientes. También contamos con la memoria sensorial, es ahí donde se recuerda todo lo relacionado con los sentidos como ver, escuchar, sentir, olfatear, etcétera (Díaz, 2009).

“La atención sostenida es la habilidad de concentrarnos en una sola tarea por un tiempo prolongado sin distracción” (Mathews y Meck, 2016).

“El lenguaje es un sistema de comunicación y una capacidad, que puede ser oral, escrito o por medio de señas, que nos permite comunicarnos” (Ríos, 2010).

Se considera espacio u orientación a la habilidad cognitiva que permite ser capaz de determinar nuestra posición en el espacio y en el tiempo a partir de las referencias ambientales, así como saber quiénes somos y qué hacemos en dicha posición espaciotemporal. Todos estos procesos durante el envejecimiento se ven afectados llevando a diferentes consecuencias como un deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo, está caracterizado por la pérdida de funciones cognitivas tales como la memoria, atención, fluidez al momento de hablar y habilidad viso espacial. Estas pérdidas funcionales conllevan un riesgo de presentar diferentes padecimientos relacionados con la cognición como la demencia y Alzheimer (Ballesteros-Jiménez, 2013).

La OMS (2018) afirma que en el mundo entero hay unos 50 millones de personas que padecen problemas cognitivos y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más los padece en un determinado momento. Los problemas cognitivos son una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.

Reciente estudios han encontrado que existen diversos factores que conllevan a problemas cognitivos y sociales. Aquellos adultos mayores que presentan aislamiento social, sentimientos de soledad y depresión tienen mayor tendencia de presentar algún déficit cognitivo (Sánchez, 2012). La razón científica de esta relación es tal vez por la falta de estímulos sociales como la convivencia, comunicación con

pares, implicando una reducción en las capacidades cognitivas, ya que el proceso de comunicación implica la utilización de la atención y el lenguaje, que son elementos de la cognición y la falta de uso de estas capacidades conlleva a un deterioro de las mismas. (Evans, Llewellyn, Matthews, Woods, Brayne y Clare, 2018).

En muchos casos la producción progresiva del funcionamiento biológico provoca que el adulto mayor experimente transformaciones que pueden llevar a la pérdida de la autonomía, se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en un impacto familiar y social. La depresión conlleva a que el AM llegue al proceso del aislamiento social afectando de esta manera su condición de salud (Moreno-Tamayo, Sánchez-García y Doubova, 2017).

En México, 16% de los AM sufre rasgos de abandono. El aislamiento de los ancianos es cada vez más claro ante la sociedad, en una creciente competitividad y caracterizada por procesos de deshumanización en muchos sentidos. Así, 20% de ellos vive en soledad, no sólo olvidados por el gobierno y la sociedad, sino también por sus propias familias. (Maass, 2017). Por lo anterior dicho, se planteó como objetivo general, identificar la relación de la soledad y aislamiento social sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Metodología

El estudio fue de corte transversal, con diseño correlacional, observacional. La población de interés fue conformada por un total de 33 000 adultos mayores de 60 años y más de ambos sexos de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia ya que se realizó la selección de participantes de manera general en base a los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación. La muestra final (n=82) se calculó a través del programa para Análisis Epidemiológico de Datos (EPIDAT) versión 4.2 con un nivel de significancia de 90%, un límite de error de estimación de .09 y un efecto de diseño 1.0.

En este estudio se incluyeron AM que tuvieran la capacidad de seguir instrucciones, escuchar y responder verbalmente. Se excluyeron adultos mayores que no supieran leer o escribir ya que los instrumentos cognitivos precisaban de esa capacidad, que tuvieran problemas de visión que afectaran el entendimiento de las pruebas cognitivas en caso de presentar el problema visual se pidió el uso de lentes, a causa de que los instrumentos requerían de estas capacidades para su realización. También se excluyeron AM que estuvieran bajo tratamiento farmacológico (neurolépticos y antidepresivos). Así mismo se excluyeron aquellos AM con diagnóstico de demencia senil y/o tipo Alzheimer, ya que diversos análisis han encontrado relación del uso de antidepresivos con alteraciones en los resultados de las pruebas cognitivas causando sesgos.

Instrumentos de recolección de información

Para este estudio se utilizaron tres instrumentos de medición de tipo autoinforme que son; Montreal Cognitive Assessment (MoCA), que evalúa las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuconstructivas, cálculo y orientación. La Escala Este II de Soledad Social, analiza la experiencia subjetiva que tiene la persona ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías así también abarcando comportamiento cognitivo y emocional. Por último, la escala de University of California, Los Ángeles (UCLA), que mide los sentimientos subjetivos de soledad, así como los sentimientos de aislamiento.

El MoCA, es un instrumento breve de fácil aplicación, que ha mostrado una adecuada capacidad para la detección del deterioro cognitivo. Este instrumento fue desarrollado para la detección de deterioro cognitivo en pacientes que presentan un perfil cognitivo complejo, como el deterioro cognitivo leve, que no cumple criterios como para considerarse demencia, incluyendo reactivos que exigen mayor estabilidad cognitiva para calificarse como normales, sobre todo en el área de las funciones ejecutivas y la evocación de memoria. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve en población de pacientes con Alzheimer. Así mismo ha mostrado mayor sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo en pacientes geriátricos y con demencia (Rodríguez, et al., 2014).

La versión original del MoCA valora 6 dominios cognitivos. La puntuación total es de 30 puntos y se realiza una corrección de 1 punto para sujetos con menos de 12 años de escolaridad con un Alpha de Cronbach de 0,72 y el tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente. Se estableció el punto de cohorte de la versión original de este instrumento con un puntaje de >26 en el cual se establece que la persona se encuentra normal y si es <26 presenta Deterioro cognitivo leve.

La denominada Escala de Soledad Social Este II, permite analizar la experiencia subjetiva que tiene el sujeto ante los cambios sociales, la era digital y la adaptación a las nuevas tecnologías entre otros, donde están implicados componentes cognitivos y emocionales. La soledad social según algunos autores hace referencia a un déficit en las relaciones sociales, y produce un sentimiento de marginalidad, aislamiento y aburrimiento. Quienes la padecen desean tener un lugar adentro de un grupo de personas con las que puedan compartir interés y preocupaciones. Está diseñada para medir cuatro tipos de soledad: soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad (Andalucía Innova, 2010).

La versión final de la escala consta de 15 ítems con un Alfa de Cronbach de 0.72. Se analizó la fiabilidad de la escala utilizando el estadístico Alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna, obteniéndose un coeficiente de 0.72 para los 15 ítems que presenta la escala. La puntuación máxima de esta escala es de 30 puntos, y la mínima de 0 puntos, donde a mayor puntaje mayor presencia de síntomas depresivos. Para esta versión se establecen los siguientes puntos de cohorte: 0 a 10 puntos significa nivel bajo de síntomas depresivos, 11 a 20 puntos significa un nivel medio y 21 a 30 puntos es un nivel alto.

Los resultados señalaron una fiabilidad adecuada (Alfa de Cronbach 0.954), para fines de investigación y de evaluación de individuos concretos. Se trata de una escala de 20 ítems diseñada para evaluar la soledad en poblaciones diversas. Según las vivencias descritas en cada uno de los ítems se contesta en una escala de 1 a 4 (correspondiente a *frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca*). Tras invertir la puntuación final de los ítems, se suman las puntuaciones correspondientes a los 20 ítems, obteniendo una puntuación total de aislamiento. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de cohorte, es decir puntuaciones que permitan clasificar el nivel de soledad según la puntuación obtenida. Sólo se ha indicado que a mayor puntuación mayores indicativos de soledad (Vázquez y Jiménez, 1994).

Procedimiento de recolección de datos

Para la realización de este estudio se requirió la aprobación del Comité de Ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Se solicitó el consentimiento a cada uno de los participantes para la ejecución de recolección de datos. Al obtener la autorización de dichos participantes, se buscaron áreas adecuadas para la aplicación de los instrumentos. Se utilizaron herramientas tales como una mesa y asiento plegable, al localizar la población de manera abierta (plazas, centros comerciales, iglesias, etcétera).

En el momento de aplicar los instrumentos de recolección (en diferentes fechas), se explicó a los participantes el propósito del estudio, para obtener la participación voluntaria de cada uno. Se les notificó el lapso aproximado de cada una de las escalas, para así concientizar sobre el tiempo que requerirían. Se seleccionó de manera aleatoria la colaboración de los AM con base en los criterios de inclusión y exclusión.

Al realizar la evaluación se informó el objetivo del estudio lo más claro posible, se explicó cualquier duda que presentaran los participantes para evitar respuestas erróneas. Se notificó a los AM que su participación era voluntaria y no de manera obligatoria, así como también la confidencialidad de los datos obtenidos, con el derecho de suspender la evaluación en el momento que ellos desearan.

En primera instancia se pidió a los participantes que contestaran los cuestionarios, comenzando con la Escala de Este II de Soledad Social que mide los factores de la percepción del apoyo social, el uso de las nuevas tecnologías y el índice de participación social; continuando con la Escala UCLA de Soledad, para conocer los sentimientos subjetivos de soledad así como los sentimientos de aislamiento, y por último el instrumento MoCA que nos ayuda a evaluar el grado de deterioro cognitivo en el AM. Al finalizar la recolección de información, se ofreció a los participantes el chequeo de la presión arterial, así como también un refrigerio (fruta y agua) de manera gratuita. La actual investigación está basada en el Reglamento de La Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987).

Resultados

En el cuadro I se muestran las características personales de los participantes del estudio. Respecto al género, estado civil e hijos, se observa que hubo una mayor cantidad de participantes hombres (53.7%) en comparación con las mujeres (46.3%). Así mismo, se identificó que la mayoría de los participantes eran casados (56.1%), seguido de la población viuda (29.3%), solteros (9.8%) seguido en menor proporción por los divorciados (4.9%). De igual manera, se observó que la mayoría de los AM tenía hijos (89%), y el resto no tenía (11%). Referente a la edad, se encontró que el promedio de edad del total de los participantes fue de 68 años (DE=7.798), oscilando entre 60 y 92 años. De igual manera, se observó que los AM tuvieron en promedio 4 hijos ($x = 4.01$, DE = 2.589) y una escolaridad de 8 años ($x = 8.84$, DE=4.063).

En cuanto al estado cognitivo de los AM, se encontró a través de la evaluación de la prueba MoCA que 67 AM (81.7%) presentaba algún tipo de deterioro cognitivo leve, mientras que 15 AM (18.3%) no lo presentaba. De acuerdo al nivel de síntomas de aislamiento social en los AM, se descubrió que la mayoría de los AM (51.2%) presentaron un nivel de síntomas de aislamiento social leve. Así como también se puede observar que un 41.5% de AM refleja un nivel medio de soledad y por último un 7.3% de la población obtuvo un nivel alto de aislamiento social. Para responder el objetivo del presente estudio se utilizó la prueba estadística de correlación de Spearman, de acuerdo con la distribución no paramétrica de las variables.

Respecto a la relación de aislamiento social y estado cognitivo se observó una correlación de significancia y de poder aceptable ($p = .000$, $r = -.542$), donde a mayor deterioro cognitivo, mayor es el síntoma de aislamiento social. De la misma manera se encontró una relación significativa con la soledad percibida y la cognición ($p = .000$, $r = -.453$).

Discusión

Se observó que la mayor parte de la muestra mostraba deterioro cognitivo. Esto concuerda con lo encontrado por Segura et al., (2018), aunque difiere de Sanchez, et al., (2014). Esto es posible por los años de escolaridad que presentaba la población (8 años), ya que, según la literatura en los AM, tener un escaso nivel educativo (menos de 12 años), conlleva a un riesgo a presentar alguna limitante en las capacidades cognitivas. (Segura et al., 2018).

En cuanto al aislamiento social, se encontró que los adultos mayores presentaron un nivel de síntomas de aislamiento social leve. Esto difiere en lo encontrado por Moreno-Tamayo et al., (2014) donde la mayoría de la población mostraba aislamiento social. Es probable que esto se deba a la cantidad de hombres que presentaba el estudio, ya que estudios recientes muestran que los adultos mayores masculinos presentan menor riesgo de soledad, y además la característica de la población, donde la mayoría aún contaba con círculos sociales activos por su situación laboral.

Respecto al objetivo general que es “Identificar la relación de la soledad y aislamiento social sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor”, se encontró que, a menor puntuación en la prueba cognitiva, mayor es el síntoma de aislamiento social y soledad. Esto concuerda con (Moreno-Tamayo, Sánchez-García y Doubova, 2017), quienes afirmaron que los individuos con inestabilidad en las relaciones sociales resultan mayormente con problemas cognitivos. Posiblemente, esto se deba a la falta de estímulos sociales como la convivencia, comunicación con pares; implica una reducción en las capacidades cognitivas, ya que el proceso de comunicación implica la utilización de la atención y el lenguaje, que son elementos de la cognición. La falta de uso de estas capacidades conlleva a un deterioro de estas (Evans et al., 2018). Se ha asociado que la presencia del sentimiento de soledad provoca niveles altos de cortisol, esta hormona está relacionada con problemas de almacenamiento de memoria (Kong et al., 2018).

Bibliografía

- Andalucía Innova. (2010). “Crean la primera escala española para medir la soledad social en mayores”. SINC. *Medicina y Salud*. [Página web]. Recuperado de: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Crean-la-primera-escala-espanola-para-medir-la-soledad-social-en-mayores>
- Ballesteros-Jiménez, S. (2013). *Envejecimiento, cognición y neurociencia*. UNED. Madrid. ISBN: 978-84-362-6761-7
- Díaz, J. L. (2009). “Persona, mente y memoria”. *Salud Mental*, 32: pp. 513-526.

- Evans, I. E. M, Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C. y Clare, L. (2018). "Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people". *PLOS One*. 13(8). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097646/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). "Encuesta Nacional de los Hogares". Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=cognicion>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016). "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares". Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2016/doc/presentacion_resultados_enigh2016.pdf
- Kong, D. Davitt, J. y Dong, X. (2018). "Loneliness, depressive symptoms, and cognitive functioning among U. S. Chinese older adults". *Gerontology and Geriatric Medicine*. 14(4): 2333721418778201 Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6050813/>
- Maass, M. (2017). "Adultos mayores en México viven en abandono y maltrato". *Excélsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/28/1172441>
- Matthews, W. J., y Meck, W. H. (2016). "Temporal cognition: Connecting subjective time to perception, attention, and memory". *Psychological Bulletin*, 142(8), pp. 865-907. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000045>
- Moreno-Tamayo, Karla, Sánchez-García, Sergio, & Doubova, Svetlana V. (2017). "Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. *Salud Pública de México*, 59(2), INEGI pp. 119-120. <https://dx.doi.org/10.21149/8078>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). "Envejecimiento y Salud. 2018", Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ríos, I. (2010). "El lenguaje: Herramienta de reconstrucción del pensamiento". *Razón y palabra*. 72.
- Sánchez, A. (2012). "Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión". [Tesis] Universidad Complutense de Madrid, España.
- Sánchez-González, L. R., y Marín-Mora, A. (2016). "Deterioro Cognitivo en adultos mayores; Costa Rica, situación y factores de riesgo en centros diurnos". *Revista Hispana de Ciencias de la Salud*. 2 (4): INEGI pp. 288-29.
- Segura, A. Cardona, D., Segura, A., Muñoz, D. Jaramillo, D. Lizcano, D., Morales, S. (2018). "Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia". *Aquichan* 18 (2): pp. 210-221.

- Vazquez, A. J. & Garcia-Boveda, R. 1994. "RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española". *Revista de la Psicología de la Salud*. 6(1).
- Yang, Y., Conners, F, y Merrill, E. (2014). "Visuo-spatial ability in individuals with Down syndrome: ¿Is it really a strength?" *Research in Developmental Disabilities*. 35(7). <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.04.002>

Calidad de vida en el climaterio y menopausia

MSP. Artemisa Sánchez Leo
Dr. Carlos Alberto Carreón Gutiérrez
Dra. María de la Luz Vázquez Saucedo

Antecedentes

La presencia de la mujer ha estado en todos los momentos de la historia (Rekers, 1991; citado en Lugones et al., 2008) y la importancia del medio social en el cual se ha desenvuelto también ha sido señalado (Montoya, 1997; citado en Lugones et al., 2008). Desde épocas remotas, se han conocido de los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición de la función menstrual (Rekers, 1991; citado en Lugones et al., 2008). Son muy antiguas las citas que hay sobre los síntomas y las molestias propias de la mujer en esta etapa de la vida, y que siempre alertaban y relacionaban de manera constante acerca del final de la vida reproductiva. (Montoya, 1997; citado en Lugones et al., 2008).

A mediados del Siglo XVIII, las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque comienza a cambiar, y se destacan los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. (Lugones et al., 2008). Para 1964, se decía que la menopausia era un fantasma que no adquiriría carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo, Don Gregorio Marañón la denominaba “la edad crítica”. (Montoya, 1997: citado en Lugones et al., 2008).

Introducción

La menopausia no es un evento aislado, implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo encaminada a adaptarse a lo que será su última etapa vital, ya que se inserta dentro de un proceso biológico de duración variable. En esta etapa las mujeres refieren una serie de síntomas y signos, a cuyo conjunto se le ha denominado síndrome climatérico.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el climaterio es el periodo de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva que viene determinada por el descenso de la actividad ovárica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia al climaterio como una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos situada entre los 45 y los 64 años de

edad. Este periodo es una fase de transición compleja en las que intervienen factores biológicos, psicológicos sociales y culturales. Mientras que el concepto ginecológico de menopausia señala un hecho puntal: el fin de la regla (Francés, 2003: p. 2).

La menopausia es un evento único que, en el caso de las mexicanas, ocurre alrededor de los 45 años de edad: “[...] durante este periodo de maduración de la mujer existen varias fases las cuales corresponden a la fase del climaterio que son premenopausia, perimenopausia y postmenopausia” (Silva et al., 2001: p. 17. Citado en Fang, 2004).

Larroy, Gutiérrez y León (2004: pág. 79) argumentan que en la menopausia [...] aparece una serie de acontecimientos vitales importantes como preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual que como consecuencia, pueden provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida de la mujer, conduciendo a estados depresivos o de ansiedad que, al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este periodo como trastornos cardiovasculares, aparición de varices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos y más, pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia.

La menopausia no causa la muerte ni provoca incapacidad física en las mujeres. A nivel mundial hay países que no consideran esta etapa como prioridad en la salud y sin embargo “[...] es un tema pendiente que falta en todos los países, en cuanto al tratamiento de esta fase en la vida femenina, mujeres de países del norte y del sur sufren por esta desigualdad y desprotección” (Núñez, 2006: p. 1). Clavijo (2009:5) mencionó que:

La funcionalidad familiar influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia.

En Tamaulipas, la población es de 3 268 554 habitantes, el 2.9% del total del país. Victoria tiene una población de 293 044 habitantes, 150 199 son mujeres por lo tanto, el 51.25% de la población son hombres según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010). “Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 más de un billón de mujeres en todo el mundo tendrá más de 50 años” (Palacios, 2011:1).

La causa más importante de este tema es que el climaterio es una de las etapas que más impacta en la vida de la mujer. Para algunas es un reto, para otras es un momento de plenitud personal, para otras muchas una combinación de lo anterior lo cual requiere un esfuerzo adicional y el apoyo de su entorno familiar. Los profesionales de la salud necesitan conocer de qué manera los síntomas climatéricos afectan la calidad de vida de las mujeres en este período, de modo de transmitirles actitudes positivas sobre esta etapa de transición y principalmente sobre el envejecimiento saludable (Ekström y Hovellius, 2000; Schapira et al., 2004; citados en Arraya et al., 2006, p. 1).

Metodología

Se realizó la siguiente investigación en las mujeres que acuden al Hospital General de Zona Medicina Familiar Numero 1 (HGZMF) de Ciudad Victoria Tamaulipas, específicamente a consulta externa de ginecología, con el propósito de investigar qué relación hay en la calidad de vida con el apoyo familiar en mujeres con síndrome climatérico. Es un estudio observacional, transversal y correlacional, en la población femeninas entre 45 a 65 años de edad derechohabientes del HGZMF No.1.

Para determinar el tamaño adecuado de la muestra, se aplicó la fórmula estadística de proporciones finitas (ecuación 1). Se considera que el tamaño de la población que se atiende durante 6 meses es de aproximadamente 1200 usuarias, los valores de confiabilidad se aproximan al 95%, un error del 1% y para los valores de variabilidad se utilizaran los valores de Alfa de Cronbach según el instrumento a aplicar y acorde a los valores obtenidos en la prueba piloto. Con lo que se obtuvo un valor de 86 personas.

Ecuación 1

$$n = \frac{NZ^2pq}{Ne^2 + Z^2pq}$$

Se aplicó una técnica de muestreo no probabilístico, al mismo tiempo, se aplica el criterio de muestreo por conveniencia. Al finalizar el procedimiento de recolección de muestra, se logró obtener la participación de 100 personas. Para la recolección de los datos de interés se aplicaron dos instrumentos y una ficha para obtener los datos sociodemográficos.

El primero se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar utilizando el instrumento del Apgar de Smilkstein, este consta de cinco preguntas las cuales sus posibles respuestas son casi nunca, a veces y casi siempre manejando un puntaje mínimo de 0 y máximo de 10 que indican a mayor puntaje mayor satisfacción,

este instrumento fue diseñado por Smilkstein y validado en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar, la consistencia interna fue medida con la prueba de Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.793.

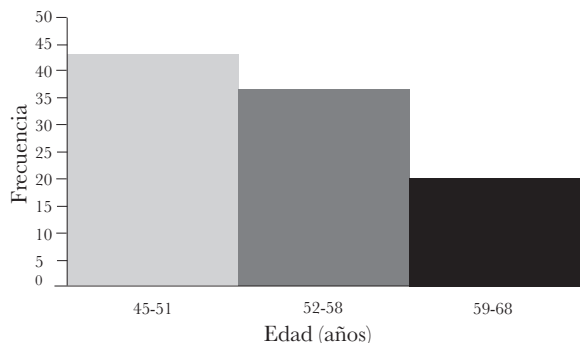
Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario de la escala de MRS en su versión chilena consta de 11 preguntas, este instrumento tiene una confiabilidad interna de un Alfa de Cronbach >0.732 , a cada una de sus posibles respuestas se asignó un número del 0 al 4 y, según cada respuesta, a menor puntaje, mayor será la calidad de vida de la mujer. Para determinar la relación que tiene la calidad de vida con el apoyo familiar se utilizó Chi Cuadrada tomando el valor de significancia de 0.05. Se le entregó un consentimiento informado para que fuera firmado bajo las condiciones establecidas en las consideraciones éticas.

Para el análisis estadístico se empleó el programa Statics Program for Social Science (SPSS) en su versión 20. De igual manera, se empleó el programa Microsoft Excel® con el objetivo de obtener los gráficos necesarios para la interpretación de los resultados obtenidos.

Resultados y discusión

Los resultados arrojaron que el 43% de las mujeres menopaúsicas encuestadas se encontraban en el grupo de 45 a 51 años de edad, (figura 1). Con respecto al estado civil, la mayoría estaba casada obteniendo un 58%. Hablando de la escolaridad el 40% de las mujeres, solo tenía la primaria aclarando que algunas solo habían llegado hasta 3° o nada de escolaridad, el 61% mencionó ser amas de casa y sus familias estaban conformadas de 1 a 4 personas con el 79%. La comparación con otras variables como el estado civil, escolaridad y la ocupación con el fin de encontrar alguna asociación con la calidad de vida fue en vano ya que no apareció relación alguna. Como dato curioso Del Prado et al., (2008) concluyeron que las mujeres con mayor escolaridad tenían menos riesgo de alteración de su calidad de vida, lo que no coincide con los resultados de la investigación en las mujeres del HGZMF No. 1 de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

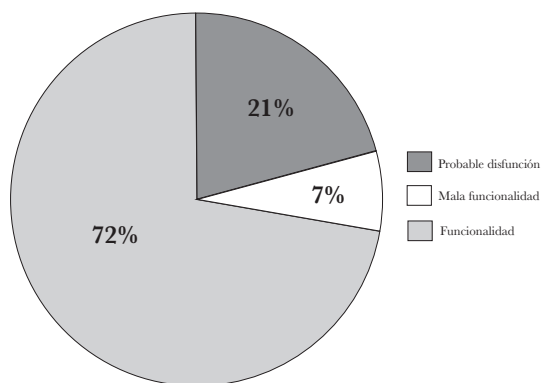
Figura 1. Distribución de edad de la muestra encuestada.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al apoyo que reciben de su familia el 66% de las mujeres respondió que casi siempre contaban con apoyo, en cuanto a la resolución de problemas se encontró que el 61% resolvían los problemas en familia, de igual forma el 60% apoyaba a la mujer en algún cambio en sus actividades o estilo de vida, el 67% de las mujeres entrevistadas respondieron que recibían afecto y apoyo emocional y el tiempo y la dedicación hacia la mujer por parte de su familia resultó ser de un 54%; con esto se comprueba con un 72% que existe una buena funcionalidad en las familias de las mujeres encuestadas (figura 2).

Figura 2. Proporción de la funcionalidad familiar



Con respecto a la funcionalidad familiar, los estudios como el de Clavijo (2008) muestran que en esta etapa de la vida de las mujeres se ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio entre la familia, se encontró que hay una disfuncionalidad

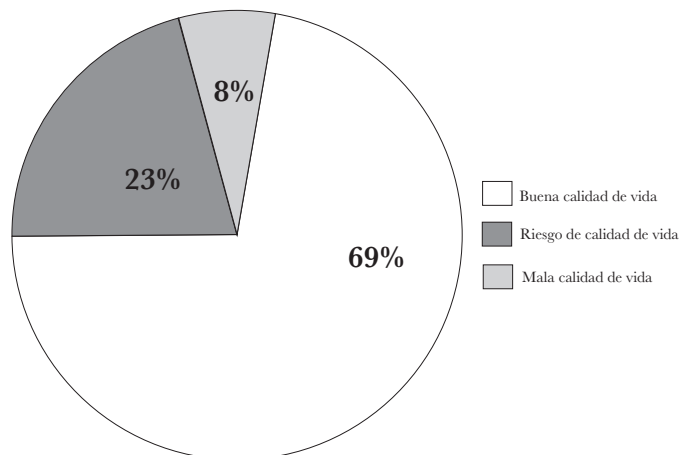
familiar con alteraciones en el ambiente; González et al., (2012) en su investigación encontraron que el 60% de ellas, refirió la incompreensión familiar como una de las consecuencias que se presentan en el hogar, no se puede decir lo mismo con respecto a lo obtenido a la categorización del Apgar, familiar de Smilkstein ya que con porcentaje significativo se obtuvo buena funcionalidad familiar.

En cuanto al apoyo familiar, Lugones et al., (1999) opinan que las pacientes necesitan más apoyo y comprensión por parte de la familia ya que ocurren discusiones frecuentes, Clavijo (2008) coincide con lo antes dicho ya que en su investigación encontró que las quejas de las mujeres es por falta de apoyo entre sus integrantes así como el poco tiempo que conviven juntos; cabe mencionar que la familia de las mujeres encuestadas está conformada por pocos integrantes el cual fue motivo suficiente para que padres e hijos les brinden comprensión y apoyo en esta etapa de la vida.

Lugones y Ramírez (2008) encontraron que el síndrome climatérico es muy frecuente y ocurre en 2 de cada 3 mujeres presentándose alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido; alteraciones genitourinarias como sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos; y síntomas neurovegetativos como sofocación, sudaciones, cefalea, parestesias, insomnios, etcétera. Los resultados del cuestionario de la escala del MRS que evalúa la calidad de vida relacionados con el síndrome climatérico muestra que respecto a bochornos, sudoración y calores, el 38% no siente molestias; el 59% no siente molestias como opresión en el pecho o palpitaciones del corazón; el 40% dijo no tener dificultades con el sueño, el 28% refirió sentir molestias leves musculares y articulares. El mismo porcentaje y respuesta obtuvo el estado de ánimo opresivo como sentirse decaída, triste o a punto de llorar.

El 35% respondió no sentir molestias y molestias leves respecto a sentirse tensa, irritable e intolerante y sobre problemas sexuales respondió no sentir molestias, ya que la mayoría no le tomó interés o debida importancia, el 62% menciona no tener problemas con la orina y el 59% refirió no sentir sequedad vaginal. En la mayoría de los resultados se obtuvo menos 10%, en las opciones de sentir molestias importantes y sentir demasiadas molestias, dato que ayudaron a descifrar que 69% obtuvo una buena calidad de vida, seguido de un 23% con riesgo de calidad de vida y solo el 8% presentó mala calidad de vida (figura 3). Los resultados del estudio mostraron lo que se puede fundamentar con lo que encontraron Navarro y Fontaine (2001) en su estudio enfocado a en las características del síndrome climatérico. Establecen que la mayoría expresa no tener síntomas climatéricos ya que son poco frecuentes y poco molestos.

Figura 3. Proporción de la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la menopausia



Con lo anterior, se puede reflejar que la calidad de vida de las mujeres y el nivel de funcionalidad de las familias es lo suficientemente bueno, esto es fundamentado con la correlación realizada con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, para la asociación entre estas dos variables y se comprobó que existe relación entre la calidad de vida que tienen las mujeres en la etapa de la menopausia con el grado de funcionalidad familiar, ya que el valor está por debajo de 0.05, cifra que indica una relación.

Conclusiones

Se encontró que existe relación entre la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la menopausia con el nivel funcionalidad, las mujeres encuestadas del HGZMF No. 1 tiene buena funcionalidad familiar, lo cual indica tener buena calidad de vida, aproximadamente un 20% pudiera estar en probable disfunción familiar y puede sugerir riesgos.

No se encontró asociación entre las variables sociodemográficas al realizar la correlación entre éstas.

Como profesionales de salud se exhorta para seguir fomentando y participando en programas para mujeres mayores de 45 años, en donde es importante considerar aspectos no incluidos en esta investigación como el dominio sexual o el nivel de conocimiento, ya que se observó el desconocimiento referente a los signos y síntomas más frecuentes en la etapa de climaterio y menopausia y el interés de conocer más sobre estos, sin duda alguna, mejorará el conocimiento y pacientes encuestadas además sin duda alguna, mejorará el conocimiento y aumentará la calidad de vida.

Bibliografía

- Araya, A., Urrutia, M. T., & Cabieses, B. (2006). "Climaterio y postmenopausia: Aspectos Educativos a considerar según la etapa del periodo", *Ciencia y enfermería XXII* (1): 19-27 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100003
- Clavijo-Castro, L. (2009). "Evaluación de función familiar en pacientes con síndrome climatérico en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud Cochabamba-2008". *Rev. Méd. (Cochabamba)*. 20(30): pp. 5-9. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092009000100002&lng=en&nrm=iso
- Del Prado, M., Fuenzalida, A., Jara, D., Figueroa, R., Flores, D., y Blumel, J. (2008). "Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (*Menopause Rating Scale*)". *Revista Médica de Chile*. 136 (12): pp. 1511-1517 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200002
- Fang-Huerta, M. A. (2004). "Información Autoestima y Respuesta Adaptativa de la mujer en el climaterio". Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149407.PDF>
- Francés-Rivera, L. (2003). "Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia" [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona.
- González-Sáez, Y., Hernández-Sáez, I., Hidalgo-Batueca, S. I., Pedroso-Delgado, J.C. Feal-Peña, N., y Báez-Aldana, E. (2012). "Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia". *Revista Archivo Médico de Camagüey AMC*, 16 (1) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552012000100002&script=sci_arttext
- Instituto Nacional de Estadística y Geográfica [INEGI] (2010). "Cuéntame... Información por entidad. Tamaulipas". Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tam/poblacion/default.aspx?tema=me&c=28>
- Larroy, C., Gutiérrez, S., y León, L. (2004). "Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia". *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22: pp. 77-88 Recuperado de: <https://www.google.com/url?q=http://www.redalyc.org/articulo.oa%3Fid%3D79902208>
- Lugones-Botell, M., Valdez-Sánchez, S., y Pérez-Piñero, J. (1999). "Climaterio, familia y sexualidad". *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 15 (2):134-139. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi05299.pdf
- Lugones, M., y Ramírez, M. (2008). "Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi16408.pdf>

- Navarro, D., y Fontaine, Y. (2001). "Síndrome climatérico: su recuperación social en mujeres de edad mediana". *Rev Cubana Med. Gen Integr.* 17 (2):169-176
- Núñez, K. (2006). "Faltan en el mundo políticas de salud para atender la menopausia". *La Jornada*. Sección Ciencias, párrafo (2) Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2006/03/08/index.php?section=ciencias&article=a02n1cie>
- Palacios, S. (2011). Madrid, "Menopausia. Qué dicen los expertos". Recuperado de: <http://www.institutopalacios.com/blog/menopausia-en-el-2011-que-dicen-los-expertos/>

Percepción de salud y prácticas de autocuidado en adultos mayores en condiciones de cronicidad

ME. Rosario Josefina Del Castillo Gámez
Dra. Olga Lidia Banda González
LE. Ana María Valdez Rojo

Introducción

El perfil demográfico está creando una situación singular en el mundo, cuyas consecuencias superan los campos de la salud y la educación, trascendiendo al político y económico. Los aproximadamente 59 millones de adultos mayores en el año 2010, aumentarán aproximadamente a casi 200 millones en el año 2050 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Esta nueva situación demográfica y epidemiológica obliga a que los países se adecuen rápidamente a nuevos contextos y al impacto de la edad avanzada en la salud de quienes hasta ahora nos parece que viven tanto.

Actualmente, toda persona puede aspirar a vivir hasta los 60 años o más. El incremento en la esperanza de vida es el resultado del avance de la ciencia médica, la atención a la salud y las bajas tasas de fecundidad. Sin embargo, esta longevidad trae consecuencias importantes, los adultos mayores viven en condiciones de pobreza, abandono, desigualdad y con problemas de salud como las enfermedades crónicas y, estos factores influyen en la percepción que tienen de su salud, que para el adulto mayor está relacionada con mantener la autonomía y la funcionalidad (Lloyd et al., 2012); por lo tanto, la salud es el estado ideal que todos queremos gozar. En el caso de los adultos mayores ellos están conscientes de sus limitaciones y fragilidad, resultado de su edad avanzada y estos factores y otros influyen en la percepción que tienen de su salud. En esta etapa del ciclo vital, posiblemente una de las decisiones más difíciles del ser humano está en diferenciar entre lo que puede y quisiera hacer con su vida y en elegir el camino hacia donde desea orientar sus últimos días. Caponi (1997), refieren que la autopercepción del estado de salud es influenciada por diversos factores que no necesariamente tienen relación con el estado físico y funcional, sino que dependen de circunstancias personales y contextuales.

La percepción de la salud individual se define como un proceso cognitivo que refleja la forma en cómo se sienten las personas en su bienestar físico actual. Al respecto, Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2013) y Cerquera, Flores y Linares (2010) refieren que la percepción de salud en los adultos mayores está relacionada con el número de enfermedades que padecen. También se encuentra relacionada

con aspectos físicos como el no estar enfermo, no tener dolor y valerse por sí mismo, (Melguizo, 2012; Castillo-Carniglia et al., 2012; Castaño-Vergara y Cardona-Arango, 2015). Los adultos mayores con mala auto percepción de salud son los que presentan mayor deterioro de salud, síndromes geriátricos y mayor frecuencia de uso de servicios de salud (Zapata, 2015).

Para el profesional de enfermería, la autopercepción de la salud del adulto mayor es un elemento relevante, ya que a través de las prácticas de autocuidado se puede cambiar o mejorar la percepción que éste posee sobre su bienestar físico actual. Como menciona Pardavé (2016), la percepción de salud está relacionada con las prácticas de autocuidado. En este contexto, el autocuidado según Orem, son las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, 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 desarrollo (Marriner y Taylor, 2007).

Por lo anterior, conocer la autopercepción de salud de los adultos mayores permitirá comprender mejor sus prácticas de autocuidado, como acciones deliberadas que realiza porque quiere y puede hacer, con base en su situación de salud temporal o permanente, como en el caso de una enfermedad crónica. El propósito del estudio fue determinar el efecto que tiene la percepción de la salud en las prácticas de auto cuidado en adultos mayores en condiciones de cronicidad.

Metodología

Estudio cuantitativo con diseño descriptivo y correlacional, mostrando los resultados diferenciados por sexo. El tamaño de la muestra fue determinado mediante la fórmula de poblaciones infinitas, con una confiabilidad del 95%, una variabilidad del 0.93 y un error del 5%; obteniendo como resultado 151 adultos mayores, usuarios de una unidad de salud hospitalaria de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

La recolección de datos fue realizada mediante una Cédula de Datos Personales y el Cuestionario de Salud SF-36, es una escala que mide el perfil de salud de la población integrado por 36 ítems con escala tipo Likert, que explora ocho dimensiones del estado de salud, función física, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, rol físico y dolor corporal. De los cuales y para fines del presente estudio, sólo se analizaron las primeras cinco dimensiones.

Para evaluar cada dimensión se consideró la suma de los puntos obtenidos en cada categoría, la cual se convirtió en una escala de valoración con base 100. A mayor puntuación obtenida, mejor es la percepción de salud que se tiene en dicha categoría. La validación total del SF-36 fue mediante alpha de Cronbach de 0.94.

Para evaluar la capacidad de autocuidado se aplicó el cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA) (Orem, 1993), traducida al español y validado por Gallegos (1998), integrado por 24 ítems con respuestas que van desde “totalmente desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, bajo un modelo de escala tipo Likert; obteniendo un puntaje en el rango de 24 a 96 puntos, clasificados de la siguiente manera: Agencia de autocuidado muy baja = 24 puntos; Capacidad de agencia de autocuidado baja= 25-48 puntos; Capacidad de autocuidado buena = 49-72 puntos y Capacidad de autocuidado muy buena= 73-96 puntos. Donde a mayor puntuación, mejor es el nivel de autocuidado. En la validez de la escala se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87.

El estudio y las cartas de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería-Victoria (No. De reg. 009/2017), así como también por la institución hospitalaria para realizar la aplicación de los instrumentos a los participantes. La investigación es catalogada sin riesgo, apagándose a los aspectos éticos sustentados en la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud, 2018).

Resultados

La media de edad de los participantes fue de 68 años, dentro de un rango de 65 a 72 años. En su mayoría mujeres (63.5%), de estado civil casado o unión libre 64.9%. La mediana de años asistidos a la escuela fue de 6, lo que representa educación básica, 78.1 % de los hombres de ocupación jornaleros y comercio ambulante, con ingreso mensual aproximado de ochocientos pesos. El 87.3% de los participantes tienen servicio médico a través del Seguro Popular. El 40 % del grupo de estudio padece hipertensión arterial; el 36.4% hipertensión arterial y diabetes mellitus y el 23.2% presenta solamente diabetes mellitus.

En relación a la percepción de salud la tabla I muestra los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones analizadas, donde se observa que la percepción que se tiene de cada una de ellas va de regular a buena. A pesar de que entre hombres y mujeres, los valores observados son similares, existen algunas diferencias que se pueden mencionar. Para el caso del hombre, las dimensiones de vitalidad y salud mental muestran mejor valoración; mientras que las dimensiones de salud física y función social muestran una mejor valoración en las mujeres. En cuanto a la autopercepción general de la salud, tanto hombres como mujeres la valoran regular.

Tabla I. Dimensiones de percepción de salud.

Dimensión	Hombre	Mujer	General
Salud física Mediana (q25-q75)	55 (45-100)	60 (50-92.5)	60 (50-100)
Vitalidad Mediana (q25-q75)	60 (45-70)	55 (45-70)	55 (45-70)
Función social Mediana (q25-q75)	62.5 (50-100)	75 (50-100)	75 (50-100)
Percepción de la salud general Mediana (q25-q75)	55 (45-70)	55 (40-70)	55 (40-70)
Salud mental. \bar{x} (SD)	63.2 (17.27)	61.20 (18.80)	61.93 (18.23)

Fuente: Cálculos propios. Base de datos cuantitativa.

Los resultados obtenidos de la capacidad de agencia de autocuidado se observan en la tabla II. Tanto hombres como mujeres poseen una buena capacidad de autocuidado, sin embargo las mujeres muestran una mejor respuesta. Al categorizar los resultados, se tiene que de manera general el 82.7% del grupo estudiado mostró buenas capacidades de autocuidado y diferenciado por sexo, el resultado es similar.

Tabla II. Resultados de la capacidad de agencia de autocuidado

Variable	Hombre	Mujer	General
Mediana (q25-q75)	62 (56-68)	66 (60.5-70)	65 (58-70)
Categorización % (N)			
Baja	3.6 (2)	3.1 (3)	3.3 (5)
Buena	87.2 (48)	80.2 (77)	82.7 (125)
Muy buena	9.1 (5)	16.7 (16)	13.9 (21)

Fuente: Cálculos propios. Base de datos cuantitativa.

Al realizar el análisis bivariado con la correlación de Spearman (tabla III), los resultados globales indican que existe evidencia suficiente para establecer la relación de los resultados de la capacidad de agencia de autocuidado con cada una de las dimensiones. La relación de cada correlación está catalogada como débil. Diferenciado por sexo, la dimensión de vitalidad en los hombres no muestra evidencia de tener una relación con el resultado de la capacidad de autocuidado. Llama la atención que la función social tanto en hombres como en mujeres muestra una mejor interacción en comparación con las demás dimensiones.

Tabla III. Correlación de Spearman entre las dimensiones y la capacidad de autocuidado

Variable	Hombre ρ_s (sig.)	Mujer ρ_s (sig.)	General ρ_s (sig.)
Salud física	0.307 (0.022)	0.366 (0.000)	0.342 (0.000)
Vitalidad	0.207 (0.127)	0.327 (0.011)	0.265 (0.001)
Salud mental	0.302 (0.024)	0.289 (0.004)	0.289 (0.000)
Función social	0.339 (0.011)	0.411 (0.000)	0.397 (0.000)
Autopercepción de salud general	0.307 (0.022)	0.330 (0.001)	0.298 (0.000)

Fuente: Cálculos propios. Base de datos cuantitativa.

Discusión

Los avances tecnológicos, las investigaciones científicas, las políticas públicas en salud y los avances en la transición demográfica facilitan hoy en día un rápido incremento de la población en edades avanzadas, la disminución de la fecundidad y de las tasas de mortalidad, en todos los países del mundo, tienden a transformar la pirámide poblacional, ampliando su cúspide y estrechando la base haciendo que de manera paulatina, naciones desarrolladas o en vías de desarrollo, se enfrenten a esta realidad y asuman las consecuencias que de ella se derivan.

Según la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) el porcentaje de personas adultas mayores para el 2025 será de aproximadamente 15.1%, con un 25.5% para el año 2050. Se estima que para esa fecha una de cuatro personas tendrá 60 años y más (CEPAL, 2013).

A medida que la población envejece aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales si no se tratan adecuada y oportunamente pueden originar complicaciones y secuelas que dificultan la autonomía y la independencia en las personas. Aunado a lo anterior, se encuentra la situación socioeconómica en que vive este grupo de población, donde la mitad de los adultos mayores en México viven en la pobreza (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [Conapred], 2018) y, el grupo de estudio es una muestra de ello, ya que pese a su edad avanzada aún realizan actividades fuera de casa para obtener sustento económico, dedicándose al comercio ambulante y/o empleándose como jornaleros, con un ingreso mensual muy por debajo del salario mínimo, ochocientos pesos.

Al igual que en otras partes del país, Tamaulipas transita por un proceso de envejecimiento, la media de edad del grupo de estudio fue de 68 años, con un promedio de 6 años de asistencia a la escuela, lo que representa la educación

primaria y esta situación repercute en su actividad laboral, el 78.1 % de los hombres de ocupación jornaleros y comercio ambulante, con ingreso mensual aproximado de ochocientos pesos, percepción inferior al salario mínimo. Esto es coincidente con lo que reporta la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), que las personas adultas mayores siguen trabajando, de los cuales uno de cada tres tiene empleo formal y está asegurado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

En lo que respecta a la morbilidad del grupo de estudio, estos presentan dos de las principales enfermedades crónicas, (diabetes mellitus e hipertensión arterial) distribuidos de la siguiente manera, hipertensión arterial (40%); diabetes mellitus (36%) y ambos padecimientos (24%), lo cual es el reflejo del panorama epidemiológico del adulto mayor en nuestro país y el Estado de Tamaulipas (INEGI, 2015). La alta prevalencia de estas enfermedades, su tendencia a la incapacidad, su difícil respuesta al tratamiento y sus frecuentes requerimientos de soporte social, los adultos mayores deben tomar decisiones entre lo que pueden y quisieran hacer con su vida, tomando en consideración su estado de salud, bajo la percepción que tienen de su salud.

Al respecto los participantes en el estudio tanto hombres como mujeres, refirieron una percepción de su salud general regular, con una valoración de 55 (40-70), resultados similares reportó Can, Sarabia y Guerrero (2015).

López-Pérez et al., (2014), valoración de 54 y Mirón-Canelo et al., (2008) con valoraciones debajo de los 70, ambos sin diferencias por género. Sin embargo, López et al., en el 2006 en su estudio encontró diferencia de percepción de salud por género, los hombres reportaron mejor percepción de salud que las mujeres. De igual manera Castaño (2015) indicó que los hombres tienen mejor percepción de su salud. Por el contrario, Peláez et al., (2015) reportó una autopercepción positiva (excelente, muy buena o buena) en los adultos mayores.

Al analizar los resultados por dimensión en nuestro estudio las áreas con deterioro fueron en las mujeres la vitalidad con una valoración de 55 (45-70) y en los hombres la salud física valoración 55 (45-100), Can et al., (2015) reporta deterioro en las mismas dimensiones sin diferencia por género.

En lo que respecta a la capacidad de agencia de autocuidado, el grupo de estudio tanto hombres como mujeres desarrollan buenas capacidades de autocuidado con una valoración general de 82.7. La literatura reporta estudios realizados en la misma temática, sin embargo los instrumentos utilizados para medir las capacidades de autocuidado en adultos mayores fueron diferentes al utilizado en el presente estudio. Leiton-Espinoza (2014) reportó resultados similares a los nuestros, su grupo de estudio presentó buenas prácticas de autocuidado; Loredo et al., (2016) encontró

en su grupo de estudio muy buenas capacidades de autocuidado. Por el contrario otros autores reportan prácticas deficientes Milán-Méndez (2010); Flores-Pérez, Garza-Elizondo y Hernández-Cortez (2015) y Soler et al., (2016).

Cabe señalar que no se localizaron estudios que asociaran las variables de interés, percepción de salud y prácticas de autocuidado. La aportación teórica de esta investigación tiene que ver con esta premisa: a mejor percepción de salud, mejor capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores en condición de cronicidad.

Derivado de los resultados en el presente estudio, se ha identificado que la percepción positiva del estado de salud es un indicador importante para que los adultos mayores realicen prácticas de autocuidado que contribuyan al control de su enfermedad crónica, dato relevante para ser tomado en cuenta por el profesional de enfermería al realizar las intervenciones individualizadas centradas en el autocuidado, en el marco de la teoría de los sistemas de enfermería, y apoyo educativo, que influirá en la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores.

Bibliografía

- Can, A. R., Sarabia, B., y Guerrero, J. G. (2015). “Autocuidado de las personas mayores de la ciudad de San Francisco Campeche”. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6(11).
- Caponi, S. (1997). “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, 4(2): pp. 287-307. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>
- Castaño-Vérgara, D., y Cardona-Arango, D. (2015). “Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores”. *Rev Salud pública*. 17(2):171-183. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>
- Castillo-Carniglia, Á., Albala, C., Dangour, A. y Uauy, R. (2012). “Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile”. *Gaceta Sanitaria*, 26(5): pp. 414-420. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000842>
- Cerquera, A., Flórez, L., y Linares, M. (2010). “Autopercepción de la salud en el adulto mayor”. *Revista Universidad Católica del Norte*, 31 (3): pp. 407-410.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). “Los adultos mayores en América latina y el Caribe”. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/areas-de-trabajo/poblacion-y-desarrollo>

- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2018). 2Abandono y maltrato de los adultos mayores2. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=6110&id_opcion=&op=447
- Flores-Pérez, M. N., Garza-Elizondo, M. E., y Hernández-Cortez, P. L. (2015). "Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2". *Revista Enfermería Herediana*, 8(12): pp. 3-10.
- Gallegos, C. (1998). Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico Enfermería*, 6(9), pp. 260-266.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). "Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México" (ENASEM). Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/default.html>
- Leitón-Espinoza1, Z. (2014). "Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor". *Rev. Enfermería, Investigación y desarrollo*, 12(1): pp. 32-46
- Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Ebrahim, S., Gorman, M., Green-Gross, S., Prince, M. (2012). *Population ageing and health*. *Lancet* 2012;379 (9823): pp. 1295-1296.
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., y Juárez, A., (2016). "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor". *Revista Enfermería Universitaria*, 13(3): pp. 159-165. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/56819>
- Marriner, A., y Taylor, S. (2007). *Teoría del déficit de autocuidado, en: Modelos y teorías de enfermería*. España, Elsevier-Mosby, 6ª Ed.
- Melguizo, E. (2012). *Cultura del cuidado de la salud*. Cartagena: Editorial Universitaria, Universidad de Cartagena.
- Millan, M. I. (2010). "Evaluación de la capacidad y percepción de auto cuidado del adulto mayor en la comunidad". *Revista Cubana de Enfermería*. 26(4): pp. 222-234. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
- Mirón-Canelo, J., Alonso-Sardón, M., Serrano-López-de-las-Hazas, A., y Sáenz-González, M. C. (2008). "Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España". *Revista panamericana de salud pública*, 24(5), 2008
- Orem, D. (1993). *Normas prácticas en enfermería*. Traducido por Susan Allen. Madrid, España: Ediciones Pirámide, S. A. 294.
- Organización Mundial de la Salud (2019). "Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento". Disponible en <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pardave-Camara y Fiorella-Grisel. (2016). "Capacidad de utocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle". (Tesis de Licenciatura). Universidad de Huanuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Peru. Disponible en http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Peláez, E., Acosta, L., y Carrizo, E. (2015). “Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4): 638-648. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu07415.pdf>
- Secretaría de Salud (2018). “Ley General de Salud”. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf
- Soler, Y. M., Pérez, E., López, M. del C., & Quezada, D. (2016). “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), pp. 244-252. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004&lng=es&tlng=es.
- Zapata-López, B., Delgado-Villamizar, N., y Cardona-Arango, D. (2015). “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia, 2011”. *Rev Salud pública*. 17(6):848-860, doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>.

Conclusiones generales

A lo largo del siglo, la esperanza de vida ha crecido paulatinamente, provocando que el envejecimiento sea un tema de interés para todas las disciplinas. El INEGI reportó que la esperanza de vida en México incrementó de 74 años en el 2000 a 75.2 años en 2016, donde las mujeres tienen una esperanza de vida mayor en comparación con la de los hombres (77.8 años vs 72.5 años) (INEGI, 2016a). Con respecto al tamaño poblacional, en 2015 se reportó un total de 119.5 millones de habitantes, de los cuales el 7.2% son adultos mayores (INEGI, 2019b). Tamaulipas no es la excepción a este fenómeno, ya que este comportamiento es superior a los valores de la media nacional.

El envejecimiento poblacional es en sí mismo un fenómeno multidimensional con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el mundo actual. A pesar de que la prolongación de la vida humana es un éxito de la sociedad moderna, aparecen problemáticas de salud nunca antes vistas, así como el incremento de la dependencia y la transformación de las características de los usuarios de los servicios de salud, entre otros. Esta situación afecta tanto a familiares, cuidadores, como a los miembros de nuestra sociedad y particularmente a los servicios de salud que no están preparados para la atención de los problemas de salud que presenta este grupo de población. El mayor desafío que presentan los servicios de salud, es la necesidad de adoptar un modelo eficiente para atender de manera integral al adulto mayor.

Los principales problemas que presenta este grupo de población lo representan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se consideran a las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas que han alcanzado notoriedad mundial, el 80% del total de muertes a nivel mundial por estas causas ocurren en países de ingresos medios y bajos (OPS, 2008). La adhesión al tratamiento apenas alcanza el 20%, conduciendo a estadísticas negativas al área de salud, ocasionando consecuencias altísimas para la familia, la sociedad y el gobierno (Segura, 2013).

Las ECNT son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Este contexto genera enormes retos, en donde las tareas y agendas vinculadas con enfermedades infecciosas y de la infancia no han concluido. Tal es el caso de México, donde el sistema de salud tiene que lidiar con el incremento de las enfermedades crónicas y

por otro lado las infecciosas y de la infancia, siendo también las ECNT las principales causas de morbi-mortalidad: el crecimiento porcentual de la tasa de mortalidad en México, del periodo 2000-2010 encabezan las enfermedades crónicas, diabetes con el 61%, isquémica del corazón 50%, neoplasia 20%, problemas circulatorios 35%, cerebro vasculares 18%, siendo los estados del norte los que presentan mayor prevalencia, entre ellos Tamaulipas (Segura, 2013).

Es importante fortalecer intervenciones educativas en el primer nivel de atención. Así por ejemplo, en el caso de las personas con diabetes, se considera que la detección precoz, la indicación de un tratamiento adecuado y oportuno, el correcto autocontrol, la educación diabetológica dirigida al paciente y la modificación de estilos de vida más saludables, son acciones fundamentales capaces de disminuir su incidencia, controlar su prevalencia, disminuir el costo socioeconómico de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. De ahí la importancia que representa la labor educativa, particularmente con intervenciones del profesional de enfermería.

Sin embargo, el impacto de estas intervenciones sólo es visible a través de investigaciones observacionales-descriptivas específicas, como los capítulos que contiene este libro, pero aún no son incorporadas como una práctica de la institución de salud del primer nivel de atención (centros de salud, por lo que se hace necesario adecuar el entorno del servicio de salud para que esta práctica se dé, sobre todo en los centros de salud. En el país, como estrategia para resolver esta problemática, se han implementado las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) con evaluaciones positivas en términos de cobertura, pero aún falta mucho por hacer en los centros de salud, que son la primera entrada al sistema de salud y donde el acceso a la familia y comunidad es mayor (INSP, 2012).

La mayor parte de los trabajos expuestos en este documento muestran un gran interés en el autocuidado del adulto mayor, enfocándose principalmente en el tema del automanejo, las percepciones y las creencias. Se destaca como punto importante que se tocan temas de salud mental, siendo la depresión un aspecto que se debe estudiar desde el punto de vista de la enfermería y en colaboración con los profesionales de psicología. Los reportes enfocados en la depresión muestran un panorama que si bien se puede considerar como normal, no debe verse como tal, y es más preocupante en esta etapa de la vida, ya que acelera las condiciones incapacitantes en esta población.

La salud emocional tiene que ver con la autoeficacia, desde la perspectiva del propio adulto mayor. Muchos de los elementos de la autoeficacia ayudan a comprender el porqué del comportamiento del adulto mayor ante determinadas situaciones, y en cierta forma, puede ayudar a comprender algunos aspectos asociados al autocuidado y a la adherencia terapéutica. Con herramientas

cualitativas, nos permite ampliar el panorama de los motivos por el cual el adulto mayor no se adhiere de forma adecuada a los tratamientos no farmacológicos. Es importante resaltar que los adultos mayores saben, en cierto grado, las medidas que deben de tomar en cuenta para cuidarse, sobre todo en el aspecto de la alimentación y la actividad física, sin embargo la fuerza de las creencias e ideologías sobre la enfermedad se imponen en ellos.

En los estudios realizados en Tamaulipas, particularmente en Ciudad Victoria, descritos en los capítulos de este libro, el ámbito del cuidado de personas con enfermedades crónicas (EC), se observa que la atención es poco efectiva. Múltiples condiciones influyen en ello, algunas relacionadas con el conocimiento que tiene el paciente sobre su padecimiento; el apoyo familiar; el conocimiento del automanejo y la forma de entrega de cuidados de los profesionales de la salud, aún con un fuerte enfoque biomédico, hasta la organización de servicios de salud, caracterizada por prestaciones aisladas y discontinuas, siendo un vacío el monitoreo y seguimiento del paciente.

El enfoque biomédico de atención a la salud impacta directamente en la calidad de la interacción entre los usuarios y profesionales. Específicamente, en los resultados factibles de obtener a partir de ella. Una interacción deteriorada o interferida por aspectos deficientes, puede mermar entre otros aspectos, la adherencia al tratamiento, el control de su padecimiento, evitar complicaciones irreversibles y la satisfacción de los usuarios. La literatura científica indica que, la participación del usuario es la clave para un control exitoso de la enfermedad. En este sentido, el rol de los profesionales es proveer apoyo para los procesos de toma de decisiones en salud de los pacientes. Por ello, es fundamental buscar estrategias que favorezcan la adquisición de habilidades en los profesionales de manera que les permitan brindar un apoyo efectivo.

Para la atención de la población adulta mayor, es importante y esencial el personal de salud, sobre todo aquellos que entran en contacto directo con ellos. Se destaca la participación del personal de enfermería, que a través de una diversidad de actividades buscan mejorar las condiciones de salud en este grupo poblacional. Sin embargo, es importante señalar que el profesional de enfermería no está preparado para el cuidado enfermero requerido por este grupo de población. La educación en gerontología y geriatría, especialmente en el campo de la enfermería, constituye un pilar fundamental en la provisión de recursos humanos apropiados para la promoción de la salud y el cuidado de las personas que envejecen. (OPS, 2012).

Si bien es cierto, que la formación de pregrado de Licenciatura en Enfermería debe brindar una formación general, esa formación general requiere adecuarse para optimizar las competencias del egresado en todas las áreas que integre contenidos

y prácticas de comprensión y cuidado de los adultos mayores, Debe abordarse la salud del adulto mayor en una asignatura específica obligatoria (no optativa), con contenido teórico y práctico. Asimismo habría que reforzar la temática del adulto mayor, incluyéndola también como un eje transversal en la currícula, dentro de otras asignaturas como la salud del adulto, metodologías de la investigación, salud mental, salud de la mujer, incorporar la temática del adulto mayor en cualquier campo de la práctica.

De esta forma, los temas de promoción de estilos de vida saludables deberían introducirse desde el primer semestre de estudios pudiendo incluir, entre los conocimientos de prevención primaria de la salud, una visión de la complejidad y multicausalidad del envejecimiento, que permita al alumno realizar actividades de promoción del envejecimiento activo y mantenimiento de la funcionalidad en el adulto mayor, destacando los conceptos de participación, género y cultura. Estas y muchas modificaciones más se pueden realizar en los planes de estudio de Licenciatura en Enfermería, buscando integrar esta etapa del ciclo vital como natural y no como una etapa final de la vida. Por lo expuesto consideramos que el cuidado del adulto mayor es una asignatura pendiente en enfermería.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud/OMS. “Plan de Acción Mundial frente a las Enfermedades No Transmisibles”. Documento temático. 28 de mayo de 2008. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/2
- Segura-Vega, Regulo, C., y Parodi R. (2013). “Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú. (Estudio TORNASOL)”. *Revista Peruana de Cardiología* Vol. XXXII N° 2
- Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) SÍNTESIS. Centro de Investigación en Sistemas de Salud Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos, México Noviembre de 2012
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016a). “Esperanza de vida al nacimiento/Sexo y entidad federativa, 2010 a”. 2016.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) [INEGI] (2016b). “Encuesta Intercensal 2015”. [Base de datos]. Ciudad de México, México: INEGI. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>

Reseña de los autores de los capítulos por orden alfabético

Banda González, Olga Lidia¹. Doctora en Enfermería, Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Profesor de Tiempo Completo. Integrante del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. LGAC Salud Comunitaria con Énfasis en Población Vulnerable. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

Botello Moreno, Yolanda. Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. LAGC. Embarazo y Grupos Vulnerables. Profesor con Certificación PRODEP.

Carbajal Mata, Flor Esthela². Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesor de Tiempo Completo. Integrante del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. LAGC. Afecciones crónico-degenerativas en los diferentes grupos de edad. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

Carreón Gutiérrez, Carlos Alberto. Doctor en Ciencias en Sistemas de Salud por la Escuela de Salud Pública de México-Instituto Nacional de Salud Pública. Profesor de Horario Libre. Participación y colaboración en diferentes grupos de investigación de la Facultad de Enfermería Victoria. Re-certificado en Ética en Investigación en Ciencias Humanas por el programa CITI.

Colchado Ramos, Martina. Maestra en Tanatología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

Cuevas Martínez, Karla Iris. Maestra en Enfermería. Estudiante del Doctorado en Ciencias en Enfermería. Profesor de Horario Libre. LAGC. Adulto Mayor y Grupos Vulnerables.

De los Reyes Nieto, Laura Roxana. Maestra en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Integrante y Líder del Grupo Disciplinar Enfermería y Atención Primaria de la Salud. LGAC Adicciones. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

^{1,2} Coordinación general del documento.

- Del Castillo Gámez, Rosario Josefina.** Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. LAGC. Salud Comunitaria con énfasis en Grupos Vulnerables. Enfermera recertificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- Díaz Oviedo, Aracely.** Doctora en Ciencias de Enfermería en la Universidad De Sao Paulo Brasil. Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores. Adscrita en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad de la Autónoma de San Luis Potosí. Líder e integrante del Cuerpo Académico de Cuidado Enfermero: Gestión y Practica Profesional con la LGAC Calidad de vida relacionada con la salud.
- García Gallegos, Hilario.** Maestro en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- García Pesina, Constancio Arturo.** Maestro en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Desarrolla la línea de investigación de Salud Pública, Gestión y Cuidado Integral para la Vida.
- García Vázquez, María del Refugio.** Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. Desarrolla la Línea de Investigación en Salud Comunitaria con énfasis en Población Vulnerable.
- Ibarra González, Cinthya Patricia.** Doctora en Enfermería, Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Profesor de Tiempo Completo. Integrante y Líder del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. LGAC Salud Comunitaria con Énfasis en Población Vulnerable. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- López Leal, Francisco.** Maestro en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Desarrolla la línea de investigación de Salud Pública, Gestión y Cuidado Integral para la Vida.
- Maldonado Guzmán, Gabriela**³. Doctora del programa de Enfermería y Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Profesor de Tiempo Completo. Integrante y Líder del Cuerpo Académico de Salud Comunitaria. LAGC. Afecciones crónico-degenerativas en los diferentes grupos de edad. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera recertificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

³ Coordinación general del documento.

- Martínez Licona, José Francisco.** Doctor en Psicología en la Universidad de la Laguna Tenerife España. Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores. Adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad de la Autónoma de San Luis Potosí. Integrante del Cuerpo Académico Aprendizaje, pensamiento y desarrollo con la LGAC Adherencia Terapéutica, Familia y Salud.
- Martínez Pérez, Raúl Antonio.** Licenciado en Psicología. Adscrito a la Facultad de Psicología de la Universidad de la Autónoma de San Luis Potosí. Integrante del Cuerpo Académico Aprendizaje, pensamiento y desarrollo con la LGAC Adherencia Terapéutica, Familia y Salud.
- Montoya García, Rosa Elvia.** Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Integrante del Grupo Disciplinar Enfermería y Atención Primaria de la Salud. LGAC Adicciones. Profesor con Certificación PRODEP.
- Ramírez Hernández, Sandra Angélica.** Doctora en Tanatología por el Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tamaulipas. Profesora de Tiempo Completo. Integrante y responsable del grupo disciplinar “Cuidado Tanatológico desde la Perspectiva de Enfermería”. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería
- Ramos Luna, Sanjuana de Jesús.** Maestra en Ciencias en Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Doctora en Tanatología por el Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- Rendón Torres, Luis Antonio.** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. LAGC. Adulto Mayor y Grupos Vulnerables. Profesor con Certificación PRODEP.
- Rincón Gutiérrez, Cristina.** Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. LGAC Salud Comunitaria con Énfasis en Población Vulnerable.
- Salazar Trujillo, Felipe.** Maestro en Comunicación Académica por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. Desarrolla la línea de investigación de Salud Pública, Gestión y Cuidado Integral para la Vida.
- Sánchez Leo, Artemisa.** Maestra en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. Desarrolla la línea de investigación de Salud Pública, Gestión y Cuidado Integral para la Vida. Miembro de la Red Temática Binacional en Salud Fronteriza. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

- Valdez Rojo, Ana María.** Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Horario Libre. LAGC. Adicciones. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- Vázquez Salazar, Ma Guadalupe.** Doctora en Tanatología por el Instituto Mexicano de Psicooncología, Plantel Tamaulipas. Profesora de Tiempo Completo. Integrante y responsable del grupo disciplinar “Cuidado Tanatológico desde la Perspectiva de Enfermería”. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- Vázquez Saucedo, María de la Luz.** Doctora en Recursos Naturales y Medio Ambiente por el Instituto de Ecología Aplicada por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesor de Tiempo Completo. Perfil PRODEP. Miembro de la Red Temática Binacional en Salud Fronteriza. SNI-1.
- Vázquez Treviño, María Guadalupe Esmeralda.** Doctora del programa de Enfermería y Cultura de los Cuidados por la Universidad de Alicante, España. Profesor de Tiempo Completo. Profesor con Certificación PRODEP. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.
- Velazco Cruz, Marily Yecenia.** Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor de Horario Libre. Enfermera re-certificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería.

Salud del adulto mayor: desafíos del profesional de enfermería,
de Olga Lidia Banda González, Carlos Alberto Carreón-Gutiérrez y
Gabriela Maldonado Guzmán, publicado por la Universidad Autónoma de
Tamaulipas y Colofón, se terminó de imprimir en marzo 2020 en los talleres de
Ultradigital Press S.A. de C.V. Centeno 195, Col. Valle del Sur, C.P. 09819,
Ciudad de México. El tiraje consta de 400 ejemplares impresos de forma digital
en papel Cultural de 75 gramos, exteriores sobre cartulina Lustrolito brillante de
300 gramos. El cuidado estuvo a cargo del Consejo de Publicaciones UAT.

