



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**TESIS GRUPAL  
PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: ADULTO  
MAYOR**

**PRESENTA**

Rodríguez Pérez Alejandra

**Cuenta:** 411104241

Albarrán Mateo Seidi

**Cuenta:** 412065297

**que para obtener el título de  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**ASESOR: Dra. Virginia Reyes Audiffred**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

1	PLANTEAMIENTO DEL PREBLEMA .....	3
1.1	Pregunta de Investigación .....	4
1.2	Objetivo.....	4
1.3	Justificación y Relevancia del Estudio.....	5
2	MARCO TEORICO.....	7
2.1	Percepción .....	7
2.2	Envejecimiento .....	9
2.2.1	La piel .....	12
2.2.2	El cabello.....	13
2.2.3	Órganos de los sentidos.....	13
2.2.4	Envejecimiento muscular.....	14
2.2.5	Envejecimiento óseo .....	14
2.2.6	Envejecimiento articular.....	15
2.2.7	Envejecimiento renal.....	15
2.2.8	Órganos genitales.....	16
2.2.9	Envejecimiento cardiovascular .....	17
2.2.10	Envejecimiento digestivo .....	18
2.2.11	Envejecimiento respiratorio .....	19
2.2.12	Envejecimiento neurológico.....	19
2.2.13	Envejecimiento psicológico .....	23
2.3	Capacidad Funcional en el Adulto Mayor .....	23
3	ABORDAJE METODOLOGICO .....	32
3.1	Tipo de estudio .....	32
3.2	Sujeto de Estudio .....	32
3.3	Escenario del Estudio.....	33
3.4	Recolección de Datos.....	33
3.5	Consideraciones Éticas.....	34
3.6	Requisito.....	36
3.6.1	Consentimiento Informado .....	36
4	RESULTADOS .....	38



4.1	DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN AIVD Y ABVD. ....	39
4.2	ESTADO EMOCIONAL: Tristeza .....	44
4.3	BARRERAS DE LA VEJEZ .....	49
4.3.1	Envejecimiento como sinónimo de enfermedad .....	50
4.3.2	Autoimagen y Automotivación. ....	54
4.3.3	Vulnerabilidad económica como efecto del deterioro de la capacidad Funcional.....	57
4.4	REDES DE APOYO SOCIAL.....	60
4.4.1	Acercamiento espiritual para afrontar la enfermedad.....	61
4.4.2	Familia como medio de Apoyo en la pérdida de la funcionalidad.....	63
5	CONCLUSIONES .....	65
6	PROPUESTA .....	67
7	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	70
8	ANEXOS .....	76
8.1	ANEXO 1 Consentimiento informado .....	76
8.2	Anexo 2. Guía semi-estructurada.....	78
8.3	Anexo 3. Cronograma .....	79
8.4	Anexo 4. ESCALAS DE VALORACIONMINIMENTAL .....	80
8.5	Anexo 5. ÍNDICE DE BARTHEL.....	82

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años (**Berrío, 2012**)

El estudio del envejecimiento y la vejez han sido ampliamente abordados desde diferentes disciplinas; sin embargo han quedado cabos sin explorar en torno a esta temática, tal es así que se refiere que durante la etapa del Adulto Mayor se producen múltiples cambios de distinta índole a nivel biológico, cognitivo y social, que le afectan su capacidad funcional. Pero además también la vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas, con frecuencia la enfermedad crónica y lo que es peor, un conjunto de poli patologías, en ocasiones discapacidad y dependencia (**Fernandez, 1996**) Es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren mayor deterioro de la capacidad funcional y como consecuencia estados emocionales negativos: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento; es así como (**Melendez, 1996**) concuerda con que desde una perspectiva psico-gerontológica se ha señalado que “en la vejez se intensifica el declive de la Capacidad Funcional del yo, derivando en una pérdida de identidad, baja autoestima y descenso en las conductas sociales y aumentando la Dependencia del Cuidador.”

Uno de los ámbitos que se ven reflejados, como efecto en el estado de ánimo del Adulto Mayor es que en la actualidad la familia no se interesa por el estado emocional en el que se encuentran los adultos mayores, dejándolos solos y sin ayuda. (**Álvarez, 2009**) refiere que: 321 adultos mayores están solos por largo tiempo, 231 son ignorados, 231 sufren algún tipo de negligencia.

Según **Encinas, (2000)** la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El

compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados

La percepción del adulto mayor fue que el 30% percibe que sus familiares, están hospitalizan por qué no los pueden cuidar, el 53% porque son una carga para su familia, de estos el 18% percibe que es porque requieren cuidados especiales y el 5% porque no aportan dinero al hogar.

**Callis, (2011)** aporta mediante su estudio la imagen que de sí mismos tenían los adulto mayores y arrojando en sus resultados que hay un predominio hacia una imagen negativa de sí mismos. Con un 68.5%, usando adjetivos negativos como enfermos, con un 71.2%; débiles, con un 59.5%; pesimistas, con un 48.6%; impacientes e inútiles con un 47.2 y un 44.5% respectivamente.

Por lo anterior es que se necesita indagar a profundidad cual es la percepción que tiene el adulto mayor de la capacidad funcional actual y es así como surge la siguiente pregunta de investigación.

### **1.1 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la percepción por el adulto mayor de su capacidad funcional ante la vejez?

### **1.2 Objetivo**

- Analizar cuál es la percepción por el adulto mayor de su capacidad funcional ante la vejez

### 1.3 Justificación y Relevancia del Estudio

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, . Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral. **(Troncoso MP, 2007)**El adulto mayor encuentra ciertos factores (**ritos socioculturales y desgaste biológico**) a su alrededor, que afectan su percepción de vida (sentimientos, familia, rol, economía, enfermedad, etc.) así como su desempeño. Pero en la actualidad es un tema al que se le da poca importancia, pues los de la edad adulta joven representa la mayoría de la población, la que cuenta como mano de obra, eso a pesar de que ha disminuido la fecundidad, lo que no se ve es que a futuro esa mano de obra, no tendrá la capacidad de trabajar 100% sana, y lo más importante estará a disposición de alguien que lo pueda cuidar así como sustentar sus gastos. Como se ha revisado la esperanza de vida para el 2050 será de 75 años, la población en general será en promedio más vieja. Donde se estima que se triplicará el porcentaje de personas mayores de 60 años en el mundo. **(INAPAM, 2010)**

Ya que viéndolo desde una perspectiva psico- gerontológica se visualiza que a futuro en la vejez se intensifica el declive de la Capacidad Funcional del yo, derivando en una pérdida de identidad, baja autoestima y descenso en las conductas sociales y aumentando la Dependencia del Cuidador, por tal motivo la insistencia de esta investigación.

Por lo que al identificar estos factores, que influyen en su manera de vida, se podrán realizar propuestas que ayude a facilitar nuestra atención integral de Enfermería con un cuidado humanizado y desde la percepción de la vejez por el adulto mayor será más fácil aplicar estas estrategias, disminuyendo la



estandarización y tocando la individualidad como característica de cada persona.

Ya que si se hace conciencia en el modo de vida de cada Adulto Mayor, ya no será el mismo trato, sino ,será de bienestar y alegría.

## **2.1 Percepción**

La percepción ha definido como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización(**Vargas, 1994**).

La teoría de la percepción consiste en el estudio del proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales acerca de objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil. A un nivel muy elemental, la psicología de la percepción investiga cómo una rana distingue a una mosca entre la infinidad de objetos que hay en el mundo físico. En los seres humanos, a un nivel más complejo, trataría de descubrir el modo en que el cerebro traduce las señales visuales estáticas recogidas por la retina para reconstruir la ilusión de movimiento, o cómo reacciona un artista ante los colores y las formas del mundo exterior y los traslada a su pintura. Los psicólogos de la percepción reconocen que la mayoría de los estímulos puros organizados de la experiencia sensorial (vista, audición, olfato, gusto y tacto) son corregidos de inmediato y de forma inconsciente, es decir, transformados en percepciones o experiencia útil, reconocible. Un automóvil que circula por una carretera se ve de tamaño real, sin tener en cuenta lo pequeña o grande que sea la imagen formada en la retina del observador. El proceso de percepción no se limita a organizar los estímulos sensoriales directos en forma de percepciones, sino que éstas, por sí mismas, recuperadas de la experiencia pasada, también se organizan favoreciendo una más rápida y adecuada formación del proceso de percepción actual.(**Oviedo, 2004**)

## **Génesis de la Gestalt**

La psicología de la Gestalt es una corriente de la psicología moderna, es un enfoque psicológico centrado en el presente, el sentir y el experimentar. Busca ampliar la conciencia y contribuir al crecimiento personal. Surgida en Alemania a principios del siglo XX, y cuyos exponentes más reconocidos han sido los teóricos Max Wertheimer, Wolfgang Kohler, Kurt Koffka y Kurt Lewin. En alemán, la palabra Gestalt, aunque no tiene una traducción única, se entiende generalmente como "forma". Sin embargo, también podría traducirse como "figura", "configuración" e, incluso, "estructura" o "creación". Es un enfoque experiencial, fenomenológico, holístico e integrativo de cuerpo y mente.

Tales figuras o formas (Gestalt) que produce nuestra percepción, demuestran que nuestras sensaciones son activas, vívidas y organizadas, nuestro cerebro no es un simple receptor pasivo de estímulos sensoriales del mundo que nos rodea. Los psicólogos de la Gestalt consideraban que los principios de la organización perceptual no sólo explican nuestras percepciones visuales, sino también nuestras percepciones auditivas y táctiles y procesos mentales superiores como la memoria. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc) (**Oviedo, 2004**).

**Sanchez & Martinez, (2008)** refiere que la percepción se encarga de la integración, del reconocimiento y de la interpretación de sensaciones que pueden venir de diferentes estímulos, y en dependencia del lugar del que provengan dichas sensaciones se clasifican en exterocepciones, interocepciones y propiocepciones. La primera refiere que son sensaciones que provienen del ambiente externo, la segunda proviene de sensaciones del ambiente interno y la

última de sensaciones del propio cuerpo. Influyendo en cada individuo de forma diferente dependiendo de su cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, como concibe la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los ellos.

**Vivaldi, (2012)** menciona que la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida es influida por su salud mental y capacidad funcional. Por tanto, la *percepción de salud* es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión y se ha asociado con el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc. Donde es evidente que el bienestar juega un papel importante, ya que en cuanto a posibles diferencias de género en el bienestar de los adultos mayores la evidencia no es consistente. Algunos estudios han encontrado que las mujeres reportan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres. Sin embargo, también hay estudios que han encontrado mayores niveles de bienestar en las mujeres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive. Otra posible explicación sería que al envejecer los hombres se tornan más dependientes ante la pérdida del rol laboral que los define socialmente, en tanto las mujeres mantienen en mayor medida su rol social, al cuidar de su grupo familiar

## 2.2 Envejecimiento

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma). Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. **(Marin, 2003)**

Concordando con **Penny, (2012)** donde para él, el Envejecimiento podría definirse como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse a del medio ambiente, lo que requiere especial atención sanitaria. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida.

Existe una pérdida de vitalidad definida como la incapacidad progresiva que tiene el organismo para realizar sus funciones biológicas y fisiológicas, inclusive en ausencia de enfermedad. Hay una gran variabilidad entre las personas y entre los diversos órganos y sistemas de cada persona, y cuando aumentan los requerimientos frente a una situación de sobrecarga funcional, la pérdida de vitalidad se hace evidente generando una incapacidad para mantener la homeostasis.

Envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien en la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas



funcionales, determinarán el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, como su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Sin embargo el envejecimiento y la vejez van encamando hacia un mismo estudio enfocado en el Adulto Mayor, donde se estudia como el proceso normal asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo a su medio ambiente que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés y a la enfermedad.

El proceso de la vejez en los seres humanos y su envejecimiento llevan consigo una serie de transformaciones sociales, económicas, políticas que se ve afectado en el individuo ya que tienen que afrontar la llegada de la jubilación, la pérdida de la familia, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica, discapacidad y dependencia.

A pesar de que el proceso de la vejez y su envejecimiento están dadas por las características físicas del individuo, a su personalidad y su forma de vida que lleva durante el transcurso de su ciclo vital aportando en el mismo la funcionalidad y desarrollo para enfrentar el declive de la llegada de la adultez.

En relación a lo anterior, se dice que un Adulto Mayor es solo una referencia en relación al número de años de vida de una persona. Presenta un uso reciente, ya que ha aparecido como alternativa por la sociedad a "persona de la tercera edad". Y "anciano". En tanto, un Adulto Mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Para el Adulto Mayor la vejez o envejecimiento es una fase o etapa de la vida caracterizada (en el mayor de los casos y por el estigma social) porque el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando, cabe

mencionar que estas funciones dependen en gran medida de persona a persona. Generalmente se califica de Adulto Mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad y como ya se había mencionado antes este rango lo marcan las distintas leyes de cada sociedad pues en los países en vías de desarrollo el marco de referencia es de 60 años.

Los signos de envejecimiento pueden presentarse antes o tener un retraso en su presentación. Desde un punto de vista práctico el envejecimiento comienza en el momento de la madurez física y se supone que en la Mujer puede iniciarse antes que en el Varón. De ahí que determinan cuando un cambio se debe al envejecimiento normal o es producto de alguna enfermedad. Desde un enfoque más particular los cambios que órganos y sistemas experimentan inician de modo heterogéneo es así:

### **2.2.1 La piel**

Puede ser el primer órgano que muestre los estragos del tiempo, sobre todo como resultado de la exposición al sol, a los extremos de temperatura y a otros estímulos físicos. El número de fibras elásticas disminuye y se fragmenta: la colágeno se reduce, ocurren cambios en las células productoras de meloncitos y la capacidad de producir pigmentación se pierde, lo que ocasiona que la piel se aclare poco a poco y facilita la visualización de los vasos sanguíneos; la grasa cutánea disminuye, se pierden glándulas sudoríparas y sebáceas, lo que conduce a la formación de arrugas, resequedad y mayor fragilidad y dificulta la regulación de la temperatura. Las arrugas sobresalen en áreas expuestas y de mayor gesticulación: alrededor de los ojos, cara, cuello y manos. Otros cambios son de tipo proliferativo benigno, como acrocordones (marcas cutáneas) en áreas expuestas (dorso de la mano), angiomas de color cereza, queratosis seborreica, pecas o lentigos, purpura senil y engrosamiento de las uñas

### 2.2.2 El cabello

La capacidad de los melanocitos para producir pigmentos disminuye (lo que refleja una actividad metabólica lenta de las células en la base de los folículos). El encanecimiento prematuro puede ser un rasgo familiar e iniciarse desde los 20 años de edad, pero es más notorio hacia los 50 años, cuando casi 50% del cabello se torna gris. La calvicie puede tener también un rasgo familiar, pero la deficiencia en la producción de folículos pilosos es más común en el envejecimiento. Conforme la mujer envejece pierde más vello púbico que el varón; en contraste, el vello facial tiende a aumentar en las mujeres después de la menopausia. A partir de los 60 años tanto varones como mujeres pierden vello de brazos y piernas, a pesar de su integridad vascular.

### 2.2.3 Órganos de los sentidos

**Ojos:** El tejido conectivo y elástico de la dermis disminuye alrededor de los ojos y aparecen pliegues cutáneos en los párpados superiores e inferiores, lo que puede causar eversión palpebral que en algunos casos amerita cirugía. La presencia del arco senil se considera normal; el cristalino pierde en forma gradual su capacidad para aumentar su espesor y este fenómeno interviene en la acomodación de la visión cercana. La presbicia es frecuente desde los 45 a 50 años y después de los 60 años es habitual observar opacificación del cristalino con formación de cataratas. Todos estos cambios repercuten en menor adaptación a la oscuridad, con mejoría de la percepción para algunos colores como el rojo. También la secreción lagrimal se reduce, lo que favorece la sensación de sequedad y ardor.

**Oídos:** La audición debe mantenerse intacta hasta el sexto o séptimo decenio de la vida, pero las lesiones del aparato auditivo aceleran los cambios; se considera que cerca de 30 a 40 % de la población mayor de 70 años tiene pérdida importante de la audición. La sordera senil o presbiacusia se caracteriza por la pérdida de la capacidad para detectar sonidos de alta frecuencia y dificultad para discriminar el origen de los sonidos. Puesto que el aparato vestibular también

pierde su capacidad para conservar el equilibrio, los cambios posturales súbitos pueden ocasionar falta de equilibrio y caídas y deben diferenciarse de los cambios circulatorios cerebrales.

**Boca:** Los cambios fisiológicos en esta área son de suma importancia por su relación con el gusto al disminuir la manera sensible la cantidad de papilas gustativas la sensación de sed y la secreción salival. Todo lo anterior influye negativamente en la nutrición, a lo que se suma la pérdida de piezas dentales, que no es normal ya que intervienen factores como la limpieza inadecuada y mayor predisposición a caries radicular favorecida por la debilidad del tejido de sostén(Trujillo, 2007)

#### **2.2.4 Envejecimiento muscular**

Se suele observar debilidad y atrofia en los músculos además de una pérdida de masa muscular que suele ser de 30 a 60% 6, proceso conocido como sarcopenia. La sarcopenia es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético. Suele acompañarse de inactividad física, disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Además de estas consecuencias en la movilidad, la sarcopenia tiene importantes repercusiones metabólicas, tanto en la regulación de la glucosa, de la masa ósea, del balance de proteínas, del control de la temperatura entre muchas otras. Todas son además características compartidas con el síndrome de fragilidad. La fragilidad se entiende como el deterioro acumulativo en múltiples sistemas fisiológicos incluyendo el neuromuscular lo que deriva en la sarcopenia(Salech & Jara, 2012).

#### **2.2.5 Envejecimiento óseo**

El hueso es un tejido que experimenta cambios a lo largo de la Vida. Se inician después de los 40 años en ambos sexos, existiendo un desplazamiento desde un aumento de la masa ósea a un descenso progresivo. Este adelgazamiento se caracteriza por una reabsorción gradual de la superficie interna del hueso largo y

plano, y un más lento crecimiento de hueso nuevo en la superficie externa. Por tanto, los huesos largos se ensanchan externamente, pero internamente se ahuecan, las placas terminales vertebrales se adelgazan y el cráneo se ensancha progresivamente. Al mismo tiempo hay una pérdida de trabéculas. La masa ósea disminuye y se desmineraliza, fenómeno conocido como osteoporosis. Este fenómeno es más frecuentemente en la Mujer, pudiendo alcanzar hasta un 30 %, frente al 17 en el varón.

Actualmente la Osteoporosis senil o primaria, causada por el envejecimiento fisiológico, se conoce también como osteopenia, reservándose el término osteoporosis para las situaciones patológicas. La osteoporosis senil provoca fragilidad ósea, siendo esta la primera razón de la predisposición a las fracturas en el anciano.

### **2.2.6 Envejecimiento articular**

Con el envejecimiento, los ligamentos y los tendones se vuelven rígidos, lo cual reduce la flexibilidad de las articulaciones y el grado de movilidad, sobre todo en las rodillas, las caderas y la columna vertebral. El tejido sinovial de las articulaciones pierde elasticidad, lo que favorece el desgaste y la rotura de las superficies articulares. Las superficies articulares, recubiertas de cartílago, comienzan a deteriorarse aproximadamente hacia la tercera década de la vida. A medida que el tejido va erosionándose, las dos superficies óseas de la articulación quedan en contacto, lo que causa la aparición de dolor, crepitaciones y limitaciones de movimientos, tanto de los finos como de los gruesos, haciéndose más rígido. **(Martinez, 2005)**

### **2.2.7 Envejecimiento renal**

Diversos autores han mostrado que el envejecimiento se asocia a la aparición de cambios estructurales y declinación de la función renal. Sin embargo, no existen a la fecha estudios que demuestren cambios específicos del envejecimiento. Tampoco es claro qué proporción de la caída en la función renal es fisiológica y



qué proporción es secundaria/asociada al daño cardiovascular o a factores clásicos de riesgo de Enfermedad Renal Crónica (hipertensión arterial, diabetes mellitas, tabaquismo) . De hecho, estudios poblacionales han demostrado una mayor prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) en ancianos (15%-50% en los mayores de 70 años) (4), siendo la edad el principal factor de riesgo para ERC .Con la edad se observa pérdida de parénquima renal, que es de aproximadamente 10% con cada década de la vida después de los 40 años. El peso renal normal se ha estimado en 250-270 gramos (40-50 años de edad) disminuye a 180-200 gramos entre los 70-90 años ,fundamentalmente por adelgazamiento de la corteza renal . El envejecimiento se asocia además a cambios en la vasculatura: engrosamiento de la pared arterial, esclerosis de las arterias glomerulares, disminución de glomérulos funcionales por oclusión. El flujo plasmático renal disminuye aproximadamente 10% con cada década después de los 40 años, lo que se asocia con redistribución del flujo sanguíneo hacia la médula renal Normalmente el envejecimiento no afecta los valores basales de electrolitos plasmáticos (Na, K, Cl), y tampoco se observa alteraciones manifiestas en la capacidad de mantención del balance hidro-electrolítico en condiciones de dieta balanceada y disponibilidad libre de agua para ingesta . Sin embargo, la capacidad de adaptarse frente a cambios agudos en el balance hidro-electrolítico se ve disminuida, lo que explicaría la mayor incidencia de trastornos hidro-electrolíticos en los ancianos hospitalizados **(Salech & Jara, 2012)**

### **2.2.8 Órganos genitales**

En la mujer, el vello púbico se hace frágil y se pierde. La mucosa vaginal se seca y se atrofia, disminuyendo su secreción, lo que favorece una mayor predisposición a las infecciones. La vulva, los labios mayores y el clítoris disminuyen de tamaño y el moco cervical se hace espeso, escaso y celular. El útero y los ovarios tienden a atrofiarse. En el hombre también hay pérdida de vello púbico, la bolsa escrotal está distendida y su superficie se vuelve lisa. Hay una disminución del tamaño y consistencia de los testículos. Se produce un

aumento de la próstata con disminución de su secreción. En relación con la función reproductora, ésta cesa en la mujer después de la menopausia y en el hombre disminuye gradualmente. El tejido testicular tiende a atrofiarse, aunque se conserva la fertilidad en muchos hombres hasta edades muy avanzadas. Por otra parte, la capacidad de respuesta sexual en las personas mayores está íntimamente ligada al grado de capacidad individual física y psíquica y a la situación social en que se encuentren. Aunque en los ancianos sanos el deseo y la capacidad sexual permanecen, con el avance de la edad, se producen distintas modificaciones que condicionan la respuesta sexual. En la mujer, la falta de lubricación natural de la vagina puede hacer más doloroso el coito.

Por otra parte, con el envejecimiento, los orgasmos de la mujer tienden a ser más cortos y menos intensos. En el hombre, con el avance de la edad la erección es más lenta y más débil. La eyaculación también se enlentece, disminuyendo el volumen total de semen por eyaculación. Además, el período eyaculatorio refractario está aumentado, esto es, hay un intervalo más largo después de la eyaculación, a veces de hasta 24 horas, antes de que se pueda lograr de nuevo. **(Martinez, 2005)**

### **2.2.9 Envejecimiento cardiovascular**

a) Envejecimiento arterial: El aumento de la rigidez arterial es una de las características del envejecimiento. Ocurre como resultado de los cambios estructurales de la pared arterial, principalmente en las arterias de conducción (diámetro mayor a 300 micrómetros) y puede preceder el desarrollo de hipertensión arterial. Las fibras elásticas sufren degeneración, adelgazamiento, ramificación y fractura, con una disminución en el volumen proporcional que ocupan en la pared arterial. Paralelamente aumenta la cantidad de fibras colágenas (esclerosis), y la micro calcificación en la túnica media (arterioesclerosis). **Sangre:** En el organismo hay pérdida de agua por tanto menos líquido en el torrente sanguíneo y se observa: pérdida de glóbulos rojos, por tanto hay una disminución de hemoglobina y hematocrito lo cual contribuye a

la fatiga; los glóbulos blancos se mantienen pero la capacidad inmune de algunos linfocitos se encuentra reducida, lo que conduce a una mayor exposición a distintas infecciones. **(Arce & Ayala, 2012)**

b) Envejecimiento cardíaco: La función cardíaca en reposo en ancianos sanos no sufre grandes cambios, evaluada como la función sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección y/o fracción de acortamiento), volumen diastólico final o volumen sistólico final, sin embargo, el envejecimiento disminuye la distensibilidad cardíaca, y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio (reserva funcional cardíaca). Con el envejecimiento son más frecuentes además los cambios estructurales en los velos valvulares. La prevalencia de aumento de la rigidez, calcificación y cicatrización de los velos valvulares aórticos llega hasta el 80% en adultos mayores. Estos cambios estructurales son causales en la prevalencia creciente con la edad de estenosis e insuficiencia aórtica.

#### **2.2.10 Envejecimiento digestivo**

A nivel de la estructura anatómica del sistema digestivo, no hay cambios significativos inherentes al envejecimiento. Las modificaciones más aparentes se producen a nivel funcional. La disminución de la motilidad, la atrofia de la mucosa gástrica, la reducción del tono muscular de la pared abdominal y la disminución de la capacidad del estómago para producir ácido clorhídrico (aclorhidria), generan en el anciano frecuentes dificultades digestivas. Así mismo, aumenta el reflujo gastroesofágico por incompetencia del esfínter esofágico inferior. Por otra parte, la disminución del tamaño y funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades. A nivel del intestino grueso destaca, de forma relevante, la disminución del peristaltismo, lo que contribuye a favorecer el estreñimiento en los ancianos, si bien los hábitos de vida son los que van a determinar más significativamente este problema **(Martínez, 2005)**

### 2.2.11 Envejecimiento respiratorio

Disminuye la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios, provocando una disminución de la elasticidad pulmonar y un aumento de la rigidez torácica, que no permiten una buena contracción-distensión pulmonar, con el consecuente déficit en el intercambio de gases. **(Marin, 2003).**

La velocidad y producción del moco traqueal está alterada, así como el funcionamiento y eficiencia del aparato ciliar, además de un reflejo antitusígeno disminuido, todo lo cual no permite un buen movimiento de las secreciones bronquiales que se producen normalmente y una adecuada limpieza del árbol bronquial las consecuencias de una tendencia al desarrollo de infecciones respiratorias y de una función respiratoria disminuida, procesos que lo deterioran frecuentemente. **(Penny, 2012)**

### 2.2.12 Envejecimiento neurológico

Los cambios en el desempeño cognitivo asociados al envejecimiento, se correlacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales en el sistema nervioso central los que son de gran relevancia biomédica puesto que además de ser muy frecuentes, dependiendo de su magnitud, pueden ser importantes determinantes de discapacidad El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación al envejecimiento, a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida. Las células del sistema nervioso central, al igual que otras células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. La disfunción mitocondrial parece jugar un rol muy importante en el envejecimiento cerebral, puesto que participa en la generación de especies reactivas del oxígeno y nitrógeno, implicadas en el daño celular. el daño oxidativo en tejido cerebral, disminuye la caída del rendimiento cognitivo asociado a la edad.

**Función cognitiva:** La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Esta función cambia con la edad. Actualmente, un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y profesional se entiende como demencia. El impacto de la demencia es de gran alcance. No solo afecta la salud y el bienestar del paciente, sino que también está asociado a una pesada carga para el cuidador, un aumento del uso de los servicios sanitarios y necesidades de cuidado a largo plazo. **(Landinez & Contreras, 2012)**

<b>CAMBIOS ESTRUCTURALES</b>	<b>CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS O FISIOPATOLÓGICAS</b>
<p><b>Composición corporal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Disminución de agua corporal.</b></li> <li>- <b>Disminución del tamaño de los órganos.</b></li> <li>- <b>Aumento relativo de la grasa corporal.</b></li> </ul>	<p>Resistencia disminuida a la deshidratación. Alteración en la distribución de fármacos.</p>
<p><b>Sistema tegumentario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Disminución del recambio de células epidérmicas.</b></li> <li>- <b>Atrofia dermoepidérmica y subcutánea.</b></li> <li>- <b>Disminución del número de melanocitos.</b></li> <li>- <b>Atrofia de folículos pilosos y glándulas sudoríparas.</b></li> <li>- <b>Disminución de actividad de glándulas sebáceas.</b></li> <li>- <b>Disminución de vasculatura dérmica y asas capilares.</b></li> </ul>	<p>Arrugas cutáneas y laxitud. Fragilidad capilar. Telangiectasias. Susceptibilidad a úlceras de decúbito. Xerosis cutánea. Queratosis actínica. Encanecimiento y alopecia.</p>
<p><b>Aparato cardiovascular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad.</b></li> <li>- <b>Aumento de resistencia al llenado ventricular.</b></li> <li>- <b>Descenso de actividad del marcapasos AV, velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores.</b></li> <li>- <b>Rigidez de las arterias.</b></li> <li>- <b>Descenso del gasto cardíaco y del flujo</b></li> </ul>	<p>Disminución de la reserva cardíaca. Escasa respuesta del pulso con el ejercicio. Arritmias. Aumento de la presión diferencial del pulso. Aumento de la presión arterial. Respuesta inadecuada al ortostatismo. Síncopes posturales.</p>

<p>sanguíneo de la mayoría de los órganos.</p>	
<p><b>Aparato respiratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar.</li> <li>- Pérdida de septos alveolares.</li> <li>- Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre.</li> <li>- Disminución de la fuerza de la tos y aclaramiento mucociliar.</li> </ul>	<p>Disminución de la capacidad vital. Aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo arterial de oxígeno. Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.</p>
<p><b>Aparato renal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal.</li> <li>- Descenso del tono vesical y del esfínter.</li> <li>- Disminución de la capacidad de la vejiga.</li> <li>- Hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres.</li> </ul>	<p>Reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción). Disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa. Incontinencia.</p>
<p><b>Aparato gastrointestinal</b></p> <p><b>Boca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la producción de saliva.</li> </ul> <p><b>Erosión de dentina y del esmalte.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente.</li> </ul> <p><b>Esófago:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del peristaltismo.</li> </ul> <p><b>Estómago e intestino:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la secreción de ácido y enzimas.</li> </ul> <p><b>Colon y recto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del peristaltismo.</li> </ul>	<p>Pérdida de piezas dentarias. Tránsito esofágico prolongado. Reflujo esofágico. Disfagia. Poliposis gástrica y metaplasia intestinal. Constipación y diverticulosis. Incontinencia fecal.</p>
<p><b>Sistema nervioso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida neuronal variable.</li> <li>- Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica.</li> <li>- Disminución del flujo sanguíneo cerebral.</li> <li>- Disminución de la velocidad de conducción.</li> <li>- Alteración en los mecanismos de control</li> </ul>	<p>Alteraciones intelectuales. Lentitud y escasez de movimientos. Hipotensión postural, mareos, caídas. Reaparición de reflejos primitivos. Hipo e hipertermia. Deshidratación.</p>

<p>de temperatura y de la sed.</p>	
<p><b>Sentidos</b></p> <p><b>Vista:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisiología alterada del vítreo y retina.</li> <li>- Degeneración macular. Trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino.</li> </ul> <p><b>Oído:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la función de células sensoriales en el aparato vestibular.</li> </ul> <p><b>Gusto y olfato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias.</li> <li>- Disminución en la producción de saliva.</li> </ul> <p><b>Tacto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de agudeza táctil y de temperatura.</li> <li>- Receptores de dolor intactos.</li> </ul>	<p>Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad.</p> <p>Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares.</p> <p>Alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía.</p> <p>Disminución de la audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio.</p> <p>Disminución de la satisfacción gastronómica.</p>
<p><b>Aparato locomotor</b></p> <p><b>Estatura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco.</li> <li>- Cifosis.</li> </ul> <p><b>Huesos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los huesos largos conservan su longitud.</li> <li>- Pérdida universal de masa ósea.</li> </ul> <p><b>Articulaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la elasticidad articular.</li> <li>- Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie.</li> </ul> <p><b>Músculos :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del número de células musculares.</li> <li>- Aumento del contenido de grasa muscular.</li> </ul>	<p>Descenso progresivo de altura.</p> <p>Osteoporosis.</p> <p>Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos.</p> <p>Limitación articular.</p> <p>Pérdida de fuerza muscular progresiva.</p> <p>Disminución de la eficacia mecánica del músculo.</p> <p style="text-align: right;"><b>Nancy Stella Landinez Parra.</b> <b>Departamento Movimiento Corporal Humano. Facultad Medicina Of. 519. Universidad Nacional de Colombia. Ciudad Universitaria. Bogotá Colombia.</b></p>

### 2.2.13 Envejecimiento psicológico

Las características psicológicas de la persona mayor van a ser congruentes con su historia personal previa y las modificaciones que ahora enumeraremos van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o socio familiar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.)(Marin, 2003)

## 2.3 Capacidad Funcional en el Adulto Mayor

Durante el proceso de envejecimiento, se presentan cambios “normales” que es preciso conocer para poder diferenciarlos de procesos capaces de alterar la salud

Esta afirmación es importante, dado que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional. La capacidad funcional humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumenta desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana

Donde la capacidad funcional, como lo indican Saliba, Orlando, Wenger, Hays y Rubenstein (2000), se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.(Carrazo, 2001).

Mas con el proceso de envejecimiento se presentan una serie de modificaciones en los diferentes sistemas del organismo que propician una reducción en la capacidad funcional para ejecutar las actividades del diario vivir.

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo



a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidado

La funcionalidad se divide en tres categorías:

- Actividades básicas de la vida Diaria (ABVD).
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (AIVD)
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) (**Bacelis, 2010**)

Siendo así que las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades tales como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras. Las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores. La presencia de limitaciones en la ejecución de estas actividades, representan un serio problema para el adulto mayor pues son un indicador de riesgo para la salud del individuo y afectarán directamente su calidad de vida.

Según **Lazcano,(2007)** la clasificación habitual para la función es la siguiente:

1. Funcional o independiente: tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Inicialmente dependiente: requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras.

3. Parcialmente dependiente: necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función.

4. Dependiente funcional: requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio. Las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad. Las AAVD permiten desarrollar un rol social.

**Reyes & Aguila, (2009)** exponen que el deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria: transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD.

El deterioro de la “capacidad funcional” desde estas perspectivas, es frecuentemente motivo de estudio para así identificar desde la capacidad del sujeto la manera en la que se moviliza en su entorno, como realiza tareas físicas para su auto cuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; Existen numerosas escalas que se utilizan para la cuantificación de la capacidad funcional; estas deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria.

Los instrumentos para valorar la funcionalidad que más se utilizan en el mundo y que han sido parte de múltiples estudios son: Katz (1963), Lawton-Brody (1969),



Barthel(1950), siendo este último el instrumento de medición de las actividades básicas de la vida diaria más usado y recomendado por la Sociedad Británica de Gerontología.

El índice de Barthel, también conocido como índice de Discapacidad de Mary está definido como: “medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”

Por otra parte para **Segovia & Torres, (2011)**la capacidad funcional del Adulto Mayor es definida como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio o entorno. Dicha capacidad viene determinada por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. Siendo que la habilidad psicomotor es entendida como la ejecución de habilidades práxicas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria.

En congruencia y todavía de forma más generalizada, Pérez del Molino (2008)en **Segovia & Torres, (2011)**refiere que se deben incluir las esferas física, mental y social en la valoración geriátrica, y la integración de estas tendrán como resultado la función o situación funcional de un sujeto, expresando su capacidad para vivir de forma independiente; cuando ya antes Kirk y Mayfield consideraban en 1998 los mismos aspectos, solo sumando la situación económica al grado de actuación que tiene el individuo en las actividades relacionadas con la vida cotidiana para descubrir cuál es la fuente potencial de la incapacidad o deterioro, así como sus necesidades.

La función también depende de aspectos relacionados con el paciente y su enfermedad, la gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales, según los define así Pérez del Molino.**(Segovia & Torres, 2011)**

Como se ha determinado hasta el momento la funcionalidad es multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, Rikli R en: Lobo y cols.2007, la consideran como “la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio” Desde una perspectiva funcional un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal; por consiguiente, la función, definida por **Lazcano, (2007)** es “la capacidad para efectuar las actividades de la vida cotidiana”, **Medina, Rodriguez, & Garcia, (2007)** definen la funcionalidad como “el grado de independencia o capacidad para valerse por sí mismo para la vida”

**Rodríguez y Alfonso,(2006)** consideran que para la capacidad funcional hay que tomar en cuenta la propia evolución de patologías múltiples superpuestas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos la polifarmacia y la automedicación por un lado, y por otro la presencia de afecciones crónicas e invalidantes y hasta la influencia de factores sociales y psicológicos . Es fácil confundir que la capacidad funcional puede estar dada por los cambios propios del envejecimiento o por los procesos mórbidos, sin embargo, **Rodríguez & Alfonso, (2006)** dejan claro que principalmente se da la disminución de la capacidad funcional por las patologías presentes, idea que concuerda con otros autores. Existen interrogantes sobre la existencia de la relación entre el estado funcional y el deterioro cognitivo, interrogantes que han sido resueltas, pues existen estudios en que han comprobado que el deterioro cognoscitivo severo conlleva a dificultades de auto cuidado. **(Segovia & Torres, 2011)**

Por lo anterior, como menciona Fernández-Ballesteros, **(2009)**, es importante identificar en el adulto mayor la diferencia entre el declive cognitivo (como un componente normal del envejecimiento) y un deterioro cognitivo

La capacidad funcional o funcionalidad, se considera como "la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de



supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad"(Gomez, Curcio, & Gomez, 1995).Según los mismos autores, "la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones.

Retomando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud **OMS, (2015)**, la funcionalidad es un término genérico que comprende las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación. Muestra los aspectos positivos de la interacción de una persona y el contexto.

Desde la perspectiva de la formación profesional podríamos decir que la funcionalidad se refiere a la habilidad de una persona para realizar una tarea o acción. Es el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en una tarea o actividad determinada, en un momento dado, así como dentro del proceso de formación.

Y de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud **OMS, (2015)**, las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo, incluyendo las funciones psicológica describiendo las siguientes Mentales ,Sensoriales y del Dolor La Voz y El Habla Sistema Cardiovascular, Sistema Respiratorio, Sistema Hematológico e Inmunológico, Sistema Digestivo, Sistemas Metabólico y Endocrino , Funciones Urinarias ,Funciones Neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el Movimiento

Mediante la información de diversos autores, se compara a **Encinas, (2000)** quien aporta que la funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El compromiso de la



funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%.

La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados.

La misma Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), considera al funcionamiento “como una relación compleja interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)”

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal **(OMS, 2012)**. Por otra parte se dice que la funcionalidad es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está integra. **(Sanhueza, Castro, & Merino, 2005)**

Así refiriéndose a la funcionalidad como la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. **(Giraldo & Franco, 2008)**

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos – tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física – por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales.

Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa



(inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.

La dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros.

Definiendo así que el estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. Dentro de la evaluación integral en geriatría, cabe destacar el concepto de funcionalidad física, psíquica y la valoración integral. Durante la vida temprana se produce el crecimiento y desarrollo; en la vida adulta se mantienen, en general, todas las funciones, pero se producen algunas pérdidas y riesgos, a veces en forma inadvertida; y en la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad. El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional.

En comparación La OMS y OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla. La evaluación de la funcionalidad geriátrica y su contraparte, el abatimiento funcional, han servido de referencia para establecer diagnósticos sociales y psicológicos, y tomar decisiones en el campo de las políticas de salud pública de diferentes países, como España, Francia, Alemania y Gran Bretaña. Estos elementos pueden orientar el seguimiento en este grupo de personas que a menudo son discriminadas, pues las decisiones políticas, económicas y sociales están contaminadas con mitos relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, que forman una barrera que impide el progreso, apoyo y



bienestar de la población de adultos mayores(**Soberanes, Moreno, & Gonzalez, 2009**)

La funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad. La calidad de vida tiende a ser menor conforme las personas envejecen y depende en gran medida de la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, las cuales proporcionan al individuo independencia física y funcional. El diagnóstico del grado de dependencia o independencia física permite realizar intervenciones eficaces.(**Bejines, 2015**)

### **3 ABORDAJE METODOLOGICO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Cualitativo, exploratorio y descriptivo. En el abordaje cualitativo, en **Mendoza, 2006**), indica que el objetivo, es la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible.

El objetivo del método de investigación descriptiva es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre las categorías. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento .

#### **3.2 Sujeto de Estudio**

Adultos mayores, con un rango de edad promedio de entre 60 a 85 años de edad, con capacidad funcional con deterioro leve y sin deterioro cognitivo.

Se valoró como punto de partida y primordial y para que los sujetos a estudiar sean de características homogéneas en cuanto a la capacidad funcional y cognitiva para que este en posibilidad de brindar respuestas coherentes.



En cada uno de ellos, se realizó la aplicación de los instrumentos de valoración como es **el Índice de Barthel** que valora las Actividades de la Vida Diaria y el Mini Mental que es la prueba del estado mental.

### **3.3 Escenario del Estudio**

El escenario de estudio de dicha investigación, la ciudad de México, los adultos mayores son pertenecientes a las delegaciones de Iztapalapa y Tláhuac.

### **3.4 Recolección de Datos**

La metodología para recolección de datos del sujeto de investigación se elaboró una guía semi-estructurada, en la cual se incluyeron los principales tópicos de la investigación, con los cuales se condujo la entrevista a profundidad, teniendo como principal objetivo conocer la percepción que tiene el adulto mayor de la capacidad funcional ante la vejez.

Para asegurar las respuestas de los participantes se utilizó una grabadora de voz. Previamente, se le informo y solicito su autorización al adulto mayor, a través de la firma del consentimiento informado. **(Anexo 1)**

Las entrevistas se realizaron en diferentes horas del día y en distintos lugares, siempre en un lugar confortable y elegido por el adulto mayor. Durante toda la entrevista se respetó la forma de sentir, pensar y la forma de expresión de cada Adulto Mayor.



### 3.5 Consideraciones Éticas

Para la ejecución del proceso de recolección de la información se tomó en cuenta las consideraciones éticas señaladas

Declaración de Helsinki

En la declaración de Helsinki en principios generales mencionan que

- o En la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. **(Investigacion, 2003)**

Principios éticos básicos

- I. **Respeto por las personas:** El respeto por las Personas exige que los sujetos ingresen al estudio voluntariamente y con información adecuada, para ello se le explico al Adulto Mayor los métodos de investigación, la afiliación institucional del investigador, los beneficios o las incomodidades que puedan generarse en la entrevista. **(AMM, 2008)** También este respeto incorpora la convicción ética de que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, es decir, que se le brinda el poder de retirar su consentimiento si este lo considera correcto sin represalias, respetando su decisión.



- II. **Beneficencia.** Este principio establece que tratar a las personas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlas de daños, sino también procurar su bienestar. **(Investigacion, 2003)**
- III. La entrevista se le realizo al Adulto Mayor en su hogar o en otro lugar donde él se sintiera cómodo, libre y seguro para poder expresar libremente la información requerida para la investigación. Se le hizo saber que toda información cedida por los Adultos Mayores no será revelada a personas ajenas al trabajo de investigación, las grabaciones y notas tomadas durante la entrevista tienen fines meramente académicos, para la protección de su identidad se les informo que no se darían a conocer sus nombres, se manejarían solo sus iniciales, esto para proteger su integridad bio-psico-social.
- IV. **Justicia.** Este principio se refiere a que la selección de los sujetos necesita ser escudriñada para determinar sí las personas están siendo sistemáticamente seleccionadas sólo por su fácil disponibilidad, su posición comprometida a su manipulabilidad, más bien que por razones directamente relacionadas con el problema que se va a estudiar, por ende, para llevar a cabo dicho principio se formuló detalladamente la delimitación del problema para poder así deducir las características del sujeto a entrevistar escatimando las preferencias en los sujetos a entrevistar.

## 3.6 Requisito

### 3.6.1 Consentimiento Informado

Con finalidad de que diferentes instancias valoran el riesgo/beneficio al que estarían sometidos los sujetos de investigación

Durante la realización del el proyecto de investigación se revisó que estuviera bien diseñado. Es entonces que el principio de respeto por las personas se expresa la exigencia de un consentimiento informado.

- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.
- Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.



- Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.
- Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.
- Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.
- Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal.
- El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente

#### 4 RESULTADOS

CATEGORIA	SUB- CATEGORIA
<p><b>Disminución de la Capacidad Funcional para las AIVD y ABVD.</b></p>	
<p><b>Estado emocional: tristeza</b></p>	
<p><b>Barreras de la vejez</b></p>	<p>.Envejecimiento como sinónimo de enfermedad</p> <p>Apreciación de la imagen y Auto motivación.</p> <p>Vulnerabilidad económica como efecto del deterioro de la capacidad funcional.</p>
<p><b>Redes de apoyo</b></p>	<p>Acercamiento espiritual para afrontar la enfermedad.</p> <p>Familia como medio de Apoyo en la pérdida de la funcionalidad.</p>

#### 4.1 DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN AIVD Y ABVD.

El deterioro funcional es definido como la pérdida de la capacidad para realizar una o más de las actividades de la vida diaria, ya sea básicas (ABVD) o instrumentales (AIVD), es un importante indicador de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. El deterioro funcional representa una señal de alarma para el personal de salud, siendo necesaria la evaluación a profundidad del adulto mayor afectado. El deterioro funcional se presenta de forma paulatina, con episodios donde aumenta la velocidad del deterioro a consecuencias de enfermedades agudas o de la aparición de nuevas complicaciones crónicas. El deterioro funcional puede ser clasificado de acuerdo a su tiempo de evolución considerándose: a) **Deterioro Funcional Agudo:** Inicio súbito con evolución de días o semanas, dos de las principales causas de este deterioro son los procesos infecciosos agudos y efectos adversos asociados a fármacos y b) **Deterioro Funcional Sub-agudo:** Inicio insidioso con una evolución de meses. Este tipo de deterioro suele ser ocasionado por la exacerbación o deterioro de alguna enfermedad crónica conocida o desconocida, o resultante de una nueva enfermedad (Avila, 2012).

**Reyes & Aguilar, (2009)**, refiere que el deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para **las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo**. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD.

**Las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)** comprenden la capacidad para usar el transporte, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. La

capacidad del AM para las AIVD, denota la manera en la que se moviliza en su entorno, como realiza tareas físicas, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales. El deterioro funcional es común, cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para (AIVD)(Reyes & Aguila, 2009). Según **Rubio, (2009)** el deterioro para desempeñar las AIVD, aparece primero que para las ABVD, esto condiciona de modo fundamental el manejo independiente de los mayores. El principal deterioro se produce en la limpieza del hogar. Adicionalmente, las AIVD resultan determinantes para el manejo independiente de los ancianos en la comunidad, la dificultad para realizarlas predice la evolución hacia niveles de dependencia mayores constituyendo un factor de riesgo de muerte. Del mismo modo, la funcionalidad en las AIVD se ha mostrado como predictiva de dependencia para las ABVD.

En cuanto a las actividades básicas de la vida diaria en los discursos los AM refirieron:

*.. **ya me canso mucho** y ya no hago las cosas rápido hasta **me canso en comer**....porque ya me canso mucho y ya no hago las cosas rápido como antes..." **SaMA(3:09)***

*".....me duelen los pies.... **ya me canso** o hay días en los que no puedo caminar.....**me hacen de comer** por qué no puedo, hasta **me ayudan a veces a bañar**..... ya no puedo salir y caminar.....**MaLM(6:03)**"*

*"... dependo de ellos **para bañarme** le digo a Araceli que me ayude. Pero uno se siente inútil... "...se acaba se va terminando como vela, **se cansa** uno más fácil, ya uno está dependiendo de los hijos..."**JuLT (10:02)***

*"...**tardas para calentar** las tortillas, ya te tardaste para poner el café" me dicen, pero me tardo **porque me duelen las manos**...y entonces ellos mejor lo hacen."GMDS(11:01)*

*"...Pues bien, **pero cansada**, y no rindo igual..." CaC (9:07)*

El deterioro de la funcionalidad es la imposibilidad que tiene el adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria, se considera a partir de la necesidad de ayuda para poder realizar sus actividades(Rubio, 2009). Esto es evidente en los discursos, ya que la mayoría de los adultos mayores entrevistados refieren no poder desempeñar en su totalidad las ABVD, se ve afectada la movilidad, refieren falta de energía y cansancio al realizar sus actividades cotidianas, comparan el rendimiento que tenían años antes y el que ahora tienen, que perciben muy disminuido expresando palabras como "ya no rindo igual", además refieren también dolor en los pies y en las manos, lo que ocasiona enlentecimiento para realizar los movimientos necesarios para satisfacer sus necesidades, como bañarse y comer de manera independiente, lo que conlleva a necesitar ayuda de sus cuidadores principalmente las hijas. Esto causa en ellos tristeza y desesperación con el consecuente sentimiento de inutilidad.

En cuanto al deterioro de las AIVD los AM refirieron:

*"...como **estoy mal de mí pie** ya no puedo salir todo el día estoy aquí sentada y acostada en la cama..." MaLM (6:03)*

*"...Ni siquiera salgo a **pasear** tengo que esperar a mi hija por **me canso** y ella me lleva en su coche..."**los pies se cansan** ya no rinde igual..."...Me*

dedicaba a hacer todos los quehaceres ayudaba a lavar, al hogar ya no les ayudo, ya no puedo... ya no puedo hacer más" **AmCM" (5:05 )**

"...ya no tengo esa misma actividad, esa misma energía que yo tenía..."...el caminar si camino pero poco a poco voy al mandado tranquila....ya no aguanto tanto como antes ya no tengo más agilidad..todavía me daba tiempo de lavar, trapear, limpiar, tenía yo más actividad, fue mermando la velocidad, la acción del quehacer ya es menos porque antes aquí estaba todo limpio y pues ya no ya no está..... hago mi quehacer pero tardo más tiempo..... si es la lavada ya es con más calma.... ya no tengo esa misma actividad esa misma energía.... "LoPF(1:05,08)

"..... Ya no puedo hacer mis quehaceres..."..... Ya hasta mis hijas me lavan mi ropa..."MaAZ (2:05 )

"... y ayudo a hacer la comida, aunque no pueda bien...No salgo a pasear, ni si quiera puedo salir porque me duelen los pies... esta enfermedad, a veces me duelen los pies me impide realizar mis actividades ayudaba a lavar..."IbEF( 4:04)

"... todo le tengo que pedir a mis hijos..... pero me siento lento ahorita hago las cosas muy despacio ya no las hago como antes, yo ayudaba a lavar traste a limpiar la mesa..."JuLT( 10:02)

"..... me siento más lenta para mis quehaceres.... para lavar traste me tardo mucho y luego me duelen las manos los tengo que lavar con agua calentita..... ya no puedo ni lavar trastes..."GMDS(11:02 )



**Reyes & Aguila, (2009)** nos dice dentro de su estudio que el 25% de los adultos mayores necesita ayuda para el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria y **Rubio, (2009)** en su estudio que 41% de los adultos mayores presentan esta deficiencia en estas actividades como primer contacto con su rutina diaria principalmente en las labores del hogar. Los resultados de la presente investigación concuerdan, con estos dos autores ya que la mayoría de los AM refiere como problema principal, la realización de actividades dentro del hogar como ayudar en los quehaceres del hogar: lavar trastes y/o ropa, planchar, hacer la comida, ir de compras al mercado, inclusive ir de paseo y cosas más sencillas como limpiar la mesa, siendo tal vez no limitados pero si enlentecidas al desempeñar.

Esto a consecuencia del deterioro de los órganos de los sentidos como la vista y la audición principalmente, ya que disminuyen su función. En cuanto a la visión, los cambios propios del envejecimiento repercuten en menor adaptación a la oscuridad. En la audición, se presenta frecuentemente, la presbiacusia que se caracteriza por la pérdida de la capacidad para detectar sonidos de alta frecuencia y dificultad para discriminar el origen de los sonidos. Otros cambios que afectan la movilidad del AM es la disminución de la capacidad pulmonar, cardíaca así como la disminución de la masa muscular en los miembros inferiores. Todos estos cambios constituyen limitaciones para que el AM, pueda realizar sus AIVD, pues les impide desplazarse con seguridad e interactuar con otras personas de manera eficiente.

## 4.2 ESTADO EMOCIONAL: Tristeza

Para **Rodríguez** , (2013) la emoción (del lat. "emotio-onis"), es la alteración afectiva intensa que acompaña o sigue inmediatamente a la experiencia de un suceso feliz o desgraciado o que significa un cambio profundo en la vida sentimental

y define el sentimiento como la experiencia subjetiva de nuestro estado emocional. **Arroyo & Soto, (2013)** hace una amplia compilación de definiciones desde distintas disciplinas y enfoques. Rescatando las más completas para el abordaje del tema, desde una óptica biologicista: "las emociones suponen un complejo proceso hormonal, fisiológico e incluso molecular que sirve para establecer y asentar la vida en sociedad". Para la antropología, las emociones se entienden como el campo básico sobre el cual se crea la red de conexiones y prácticas sociales que devienen en sistemas y contenidos culturales. En esta disciplina, se considera a las emociones como la matriz sobre la que se mueve la vida social, los tipos básicos de conductas relacionales sobre las que se da la comunicación necesaria para crear los diversos mundos culturales. **La "Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada"** nos menciona que casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental.

Algunos de estos retos pueden ser: la disminución de la capacidad funcional debido al proceso de envejecimiento y vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa. Otros retos los constituye: escaso ingreso económico, modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor. El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por



lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva a la tristeza con la consecuente depresión.

**La tristeza es uno de los sentimientos** más expresan los ancianos y está asociada con no poder salir de casa, la nostalgia y la evocación constante del pasado en el que fueron personas útiles, jóvenes, líderes en su comunidad y su familia (Castellanos & Lopez, 2010). El pasado de cuando realizaron muchas actividades de las cuales hoy se sienten orgullosos contrasta con un presente muy diferente, en el cual son dependientes, perdieron sus capacidades y están sumidos en la pobreza.

Los trastornos del ánimo tienen una prevalencia de vida de 16,3% en Chile, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes, con una prevalencia de vida de 11,3% (**Santander, 2000**). Al considerar la tristeza en el adulto mayor se debe tener algunas consideraciones especiales como las psicosociales, que se unen a la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares y declinación socio-económica. Es entonces que la vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea). Los problemas de salud también configuran el marco de las principales preocupaciones de la adultez mayor, entrelazadas con el cierto deterioro físico al que se ven expuestos los ancianos y a través del cual vislumbran los últimos albores de su vida. La enfermedad es percibida como un freno, el dolor que puede ponerle fin a la existencia, de ahí que se preocupen constantemente por sus dolencias y malestares, abogando por la salud de otros tiempos (**Urrutia & Villarraga, 2010**).

Lo antes descrito se evidencia en los siguientes discursos:

*"... **tristeza** porque ya no puedo limpiar...triste porque **ya no puedo** ir a trabajar en casa **como antes** lo hacía...y me dijo **que estaba enferma**, me sentí triste, me sentí un poquito decaída...**te da para abajo ...Me deprimó** si te da **nostalgia por que ya no puedo**..."LoPF(1:06 )*

*".....Me siento muy triste por **esta enfermedad**, a veces me duelen los pies me duele **la columna**, hay a veces me duele el estómago...me siento triste **porque no les ayudo**....."IbEF (4:01 )*

*"... muy triste eso de que tengo **la presión alta** y ahora que parece que **tengo diabetes** también...me siento triste porque no les ayudo ya no puedo. Me pone triste y a veces siento que **soy una carga**..."AmCM (5:02 )*

*".....siento pena y tristeza **que me mantengan**.....quieren **que no lllore** si me siento inútil.....me pongo triste porque nunca pensé llegar a esta edad.....siento que me trata como un inútil.....**es algo difícil de asimilar**...."MaLM ( 6:02,03)*

*"....me he sentido un poco triste porque al pasar los años **me canso más rápido y me desespero mucho**.."PeDF ( 8:01)*

*".....lo que más entristece es llegar a la casa darme cuenta que **ya no sirvo** como antes..... me empiezo a **sentir inútil**.....**las enfermedades** ya agobian y pues van cansando van este deteriorando el cuerpo ....es triste de saber **qué pues no acepta uno la edad que tiene uno** ..... "CaC(9:03,07 )*



".....uno se hace viejo se acaba se va terminando como vela, es triste  
imagínate uno se **siente inútil**. .....uno pues está aquí  
entristeciéndose...." **JuLT( 10:01,02)**

".....verdad me da tristeza me da sentimiento ver que yo me acabo estaba  
como una **florequita fresquecita, fresquecita y veme ahora apagada**, seca  
....Es difícil es triste ver que ya no puedo hacer lo que antes..." **GMDS**  
**(11:04)**

El estado emocional se ve relacionado con nuestra vida y hacer diario, por lo que **Arroyo & Soto, (2013)** nos comparte que se ve alterado con nuestras crisis y tensiones vivenciales y dentro de esto el adulto mayor expresa la tristeza como parte de su experiencia al perder la funcionalidad y terminar sintiendo un estado de inutilidad, provocando sentimientos negativos para sí mismo. Esto se evidencia en los discursos, ya que los AM refieren que ya no pueden realizar sus actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales por lo que refieren sentimientos negativos hacia ellos mismos: como es sentirse inútiles, como una carga, inclusive desesperación, esto refieren es difícil de asimilar y aceptar pues no imaginaron que, el paso de los años y la presencia de enfermedades les ocasionara depender de otra persona. Entre las enfermedades que refieren son las crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, que generalmente a largo plazo, es decir durante la vejez manifiestan sus complicaciones. Entre las más comunes según la OMS son (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan pie diabético, enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardiacos, los accidentes cerebro-vasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores, éstas disminuyen la capacidad funcional del AM hasta limitarlo totalmente para realizar las ABVD y AIVD, lo cual es muy tristes para ellos pues tiene que depender de otra persona para satisfacer sus necesidades.



Esto concuerda con lo que refiere **Castellanos & Lopez, ?(2010)** expresa que la tristeza es uno de los sentimientos que más expresan los ancianos asociada a la evocación constante del pasado y de las personas que llegaron a ser y lo que termina siendo, es decir comparan la capacidad funcional que tenían en su juventud, con la que ahora tienen en la vejez. Esto de alguna manera se ve acentuado, al presentar un estado de inactividad que va aumentando conforme aumenta la edad y las complicaciones de las enfermedades presentes por lo que, el declive se hace más evidente.

### 4.3 BARRERAS DE LA VEJEZ

Se entiende como barrera a todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a los diferentes contextos: social, político, institucional, cultural y en las circunstancias sociales y económicas. Estas barreras, están impuestas en los adultos mayores a partir de la imagen social, que tiene de los AM y que empezaron a desarrollarse a mediados del siglo pasado, por profesionales de la medicina y la psiquiatría, lo que ha favorecido a formular un patrón de rasgos considerados normativos en la vejez (**Martinez, Jimenez, Campos, & Gonzalez, 2007**). Ésto obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden con los de enfermedad, deterioro mental, rigidez de pensamiento, dependencia, problemas sociales y económicos. Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental, la pérdida de la motivación y la de los intereses vitales. Los rasgos negativos continúan teniendo vigencia en todos los grupos de la población e influyen negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada. Aunado a ello, cabría resaltar que el concepto de salud aplicado a los adultos mayores, utilizando los mismos parámetros establecidos por los jóvenes, propicia interpretaciones erróneas que magnifican los problemas de salud de los viejos, sin considerar el valor de la funcionalidad física, psicológica y social como clave para conservar la salud en la tercera edad. Los estereotipos de fragilidad y decadencia se encuentran relacionados con la figura que representan las ancianas y los ancianos ante la sociedad. La muerte social es la muerte que acompaña a la vejez en la cultura occidental moderna y lleva consigo la discriminación y la exclusión por la edad (**Aldana, Fonseca, & Garcia, 2013**).

En esta categoría emergieron las siguientes sub-categorías: envejecimiento como sinónimo de enfermedad, vulnerabilidad económica como efecto del deterioro de la capacidad funcional, y autoimagen y auto motivación.

#### 4.3.1 Envejecimiento como sinónimo de enfermedad

Conforme la Organización Mundial de la Salud, enfermedad es “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Envejecimiento lo expresa desde un punto de vista biológico, como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad. Sin embargo, estos cambios producidos por el envejecimiento no son lineales, ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa, ya que el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. Por lo tanto, **Landinez & Contreras, (2012)** explica que la vejez no es una enfermedad; es un proceso multifactorial que en algunas ocasiones se confunde como sinónimo de enfermedad, se dice que es como la pérdida progresiva de las funciones, acompañada de un incremento de la morbilidad y la disminución de la fertilidad con el avance de la edad. Sin embargo, a veces la vejez se percibe desde el punto de vista social como una colección de enfermedades, esta confusión acerca de la relación entre el envejecimiento y las enfermedades es una cuestión que en mucho tiempo, ha impedido la necesaria evolución hacia la comprensión del proceso intrínseco del envejecimiento. También se señala que, socialmente, existe la idea de que la vejez produce cambios exclusivamente negativos, supone la pérdida de capacidades y habilidades adquiridas durante la juventud y la edad adulta. En esta línea continua se afirma que, desde una explicación biológica, la vejez es sinónimo de deterioro personal y decadencia social. A partir de una edad determinada comienza un proceso que tiene como resultado la pérdida irreversible y continuada de las condiciones físicas, mentales, económicas y sociales. Estos autores plantean que la vejez constituye la etapa de decadencia de la vida de las personas, aquella en la que se van perdiendo

capacidades y habilidades. Desde un punto de vista físico, es cierto que con el paso de los años, nuestro organismo va experimentando “una disminución progresiva y generalizada de su función”, sin embargo, es importante considerar como señala, **Pérez, (2014)** que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte. Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo (**OMS, 2003**). Hay que señalar que la vejez cronológica no tiene por qué coincidir con la vejez biológica, ya que personas de la misma edad cronológica (la que tienen según el calendario) pueden tener diferentes grados de dependencia o no padecer ninguna dependencia, es decir, no necesariamente tienen que ser todas incapaces o limitadas funcionalmente.

Lo antes descrito se evidencia en los siguientes discursos:

*“...ni modo tenía que llegar este día no que algún día me tenían que declarar alguna enfermedad...Ahorita que me enferme me estoy dando cuenta que ya mi edad es una parte de la tercera edad que tenía llegar...**mi esposo se anda enfermando de la tos y le digo hay ya estas ruco...**.....*

*“...Pues si ahorita que **me enferme** me estoy dando cuenta que ya mi edad ya no es la de antes ya es una parte de la tercera edad...”**LoPF(1:14,15)***

*...**me desmaye de repente de la nada y pensé que eso era normal por mi edad**..... cansada, porque pues ya estoy vieja.....**PeDF( 8:04)***

*....ya cansada, porque por lo que sabrás tengo 60 años , y creo yo es parte de la edad..... me calme porque ya es parte de mi edad y **son mis***

achaques.....por mis cambios hormonales por mi edad que ya tengo.....CaC(9: 02,09)

....eso de llegar a veje es muy feo.... desde que me envejecí me la paso enfermo.....JulT(10,02,03)

....uno no más se avieja y puros achaques y enfermedad....GDMS(11:05)

“...Bueno pues estar viejo es que se enferme uno, que no haya dinero para medicamentos...” FeHR(7: 03)

Dentro de nuestros autores citados, **Landinez & Contreras, (2012), Pérez, (2014)** coinciden con que la vejez se percibe desde el punto de vista social como una colección de enfermedades, siendo sinónimo de deterioro personal y decadencia social, más dentro de nuestra percepción consideramos que estas aportaciones son negativas pues coincidimos con la **OMS, (2003)** que considera a una persona como sana, si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados, es decir, en equilibrio donde hay que señalar que no siempre coinciden con la vejez cronológica.

Sin embargo es evidente, que la relación de la enfermedad con la vejez es uno de los sinónimos más viejos puesto que siempre se ha asociado como pareja una de la otra sin ser independientes. En los resultados de la presente investigación se evidencia, ya que la mayoría de adultos vive casado con esas ideología siendo nuestros entrevistado los principales en expresar que a partir de su edad comenzaron sus problemas fisiológicos y deterioros funcionales, cayendo en el error de no atender sus problemas puesto que expresan es normal y parte de ser adulto mayor, lo que conlleva a que las enfermedades crónico degenerativas que presentan se compliquen y provoquen mayores problemas de salud y al mismo tiempo dependencia del cuidador primario. En este sentido, es necesario intervenir desde el primer nivel de atención fomentando la atención constante ante cualquier anomalía puede ser para prevención de enfermedades degenerativas o bien



para retrasar el avance de enfermedades. Pero sobre todo hacer consciente al AM, que vejez no es sinónimo de enfermedad por lo que es necesario acudir al médico ante la presencia de cualquier problema de salud.

#### 4.3.2 Autoimagen y Automotivación.

Según **Sarabia, (2012)** la autoimagen es la experiencia subjetiva basada en un concepto multifacético e interrelacionado con los sentimientos de autoconciencia. Está fuertemente influenciada por la sociedad y la cultura en que la persona vive, así como por los valores de su entorno. Pero para **Callis, (2011)** la autoimagen es la imagen que uno tiene de sí mismo, es el concepto mental total que se tiene sobre sí y del papel que se desempeña en la sociedad, como parte de la imagen del mundo que se refiere a la propia persona, tanto la ideal (cómo una persona quisiera ser) como la que se supone real (cómo uno cree que es). Mientras **Salmeron, Martinez, & Escarbajal, (2015)** expresan que es la percepción que se tiene de sí mismo, expresando el grado de satisfacción elevado con la manera en que transcurre su vida en momentos actuales, aunque existan diferencias interindividuales respecto a la apreciación cognitiva sobre este periodo de la vida. Para **Almazan, Benuemea, Ruiz, & Villa, (2011)** es simplemente aludir a la información que tenemos sobre nosotros mismos, la forma en la que nos percibimos y describimos.

Según **Maellap, (2015)**, la motivación es la disposición personal para realizar alguna acción o conseguir una meta y la auto motivación, consiste en la capacidad que un individuo tiene de motivarse a sí mismo, con independencia de los elementos externos que lo rodeen. La auto motivación la define como habilidad para ilusionarnos y entusiasmarnos con el fin de lograr un deseo, objetivo o expectativa sin depender de persona o evento externo. Cuando la desarrollamos logramos influir en nosotros mismos y de esta manera generamos condiciones favorables, independientemente de las circunstancias externas que estemos viviendo.

La auto imagen y la auto motivación se ve afectada en el adulto mayor como se evidencia en los siguientes discursos:

.... Yo todavía quería ir a los bailes y me decía mi esposo **no ya estas vieja**.... Si **estoy pálida ya se notamas que estoy viejita**...**LoPF(1:17)**

...**me di cuenta que ya estoy cambiando**... pero pienso que es normal, a todos nos pasa.. .. **mi piel ya es puro pellejo toda arrugada, con canas, a veces con dolor de espalda y de huesos**, a veces me canso, ...**SaMA(3:04)**

.... mi no me dolía nada estaba como una florecita fresquecita, fresquecita y veme **ahora apagada, seca de la piel**, es difícil es triste ...**GMDS(11:04)**

Dentro de los discursos rescatados nos podemos percatar que la mayoría de nuestros AM tiene una apreciación de su imagen como negativa, y tal vez por así decirlo inesperada, pues expresan verse : “*estaba como una florecita fresquecita, fresquecita y veme ahora apagada...*”. En cuanto a la auto-motivación trata de hacerla presente el AM para reflejarla hacia la familia como para verse bien y no decaer su imagen que tiene ante otros, pero en realidad perciben con tristeza el deterioro de la imagen, ya que la visualizan ahora, en los cambios que se hacen presentes en su piel arrugada y deteriorada. Retomamos a **Callis, (2011)** donde al aportarnos que la autoimagen es la imagen que uno tiene de sí mismo y del papel que se desempeña en la sociedad así como la expresión del grado de satisfacción que tiene en su desempeño social, por lo regular, esperando que esta sea una expresión positiva. Sin embargo, la imagen que de los adultos mayores que se evidencia en los discursos de los AM permea la negatividad como reflejo de insatisfacción o tal vez de tristeza al no ver la productividad de antes así como los estragos que la edad ha marcado en cada cuerpo de cada persona. Por lo tanto, concordamos en que la auto-imagen es la expresión de sí mismos más, está no siempre es positiva en la etapa de la vejez. A partir de estas manifestaciones



se pueden encontrar factores protectores que puedan aumentar esa autoimagen, para motivarse dentro de su desempeño pues algunas dicen “...yo les digo soy la mamá hule, yo aguanto.....le trato de echar ganas y seguir trabajando... eso me distrae mucho y me gusta...” entonces se debe fomentar potencializar sus capacidades, para evitar decaer y deprimirse a los AMs.

### 4.3.3 Vulnerabilidad económica como efecto del deterioro de la capacidad Funcional.

Se entiende vulnerabilidad como la condición de riesgo que padece un individuo, una familia o una comunidad, resultado de la acumulación de desventajas sociales e individuales, de tal manera que esta situación no puede ser superada en forma autónoma y quedan limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo. La CEPAL define la vulnerabilidad como un “fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta, provocado por la implantación de una nueva modalidad de desarrollo que introduce cambios de gran envergadura que afectan a la mayoría de la población(Paula, 2001). Esto por la falta de disposición independiente de una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida (Madrigal, 2010). Mientras que para Pérez, (2010) cuando disminuyen los recursos de una persona ya sean materiales para asegurar una buena calidad de vida, menciona que Schopenhauer decía, el hombre gasta su salud en aras de obtener dinero y en la vejez gasta ese dinero tratando de recuperar su salud.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

.... ya **no puedo ir a trabajar** en casa haciendo quehacer como antes lo hacía, así **yo podía tener mi dinero y no solo lo que me dan**, a lo poquito guardar con lo que me apoyan porque me apoyan mis hijos cuando yo voy a salir **necesito dinero** y ya me conforme... **LoPF(1:08)**

.... **tejo servilletas** a mano y a gancho y **las vendo** cuando puedo.... mis hijos mí **me dan dinero** pero a veces **no se los acepto, por pena**.....**SaMA(3:08)**

*..me siento triste porque no les ayudo con dinero por que no trabajo...IbEF(4:02)*

*... la despensa, la compra mi hija porque, yo no tengo dinero...si pudiera vender algo para mis gastos .... a veces siento que soy una carga.... AmCM(5:05,08)*

*... como ya no trabajo pues ellos me dan dinero, aunque a veces siento pena y tristeza que me mantengan.... siento que me trata como un inútil y me ofende ...MaLM(6:02,03)*

*... falta ahorita.. en la vejez uno ya no puede trabajar ....yo tengo que conformarme con que vengan cuando puedan y con lo que me dan....FeHR( 7:04)*

*..... les tengo que pedir dinero, yo no trabajo y dependo de ellos...JulT(10:02)*

*.....dependo solo económicamente porque yo nunca trabaje siempre me dedique a mis hijos a mi marido..... uno se atiende a lo que los hijos dan eso es un poco alterante... GDMS(11:03)*

Dentro de la expresiones más usadas por los adultos mayores dentro de esta sub-categoría nos evidencian como al pasar los años la dependencia económica trae estragos muy fuertes dentro de lo emocional así como las carencias para supervivencia: La mayoría de los adultos nos expresan sentir tristeza pues usan palabras como “....soy una carga..... Me da tristeza que me mantengan.... me tengo que conformar....” llegan a sentir hasta pena de recibir el ingreso de los hijos pues en este caso la mayoría dice recibir apoyo de los hijos, pues algunos,



comparten vivienda con los hijos o bien algunos aun con motivación encuentran la manera de subsistir enfrentando algunos gastos, como lo es tejiendo para no sentirse ofendidos. Es así que concordamos con la CEPAL dentro de su concepto en vulnerabilidad, donde dice que son sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión al verse afectada la base material que los sustenta, pues nuestros AM nos expresaron dentro de su percepción sentir inseguridad sentirse en un estado de indefensión al verse sin ingresos económicos, en estado de dependencia de los hijos; Algunos adultos mayores expresaron realizar actividades para tener un mínimo ingreso pero nos preguntamos ¿qué falta para poder inducir a los demás adultos para poder sentirse útiles y aun aportadores, y a los otros de sentir la vulnerabilidad económica nos expresan el despojo del rol de proveedor?.



#### 4.4 REDES DE APOYO SOCIAL.

Según **Ramos & Salinas, (2010)** las redes de apoyo social en la vejez la entendemos como la atención y el diálogo necesarios para mantener una vida personal a partir de un grado mínimo de seguridad y confianza sobre el medio en el que se vive, ya que constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría; es decir, la realización y participación en actividades. Pues **Acuña & Gonzalez, (2010)** concuerda diciendo que las redes sociales son la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad, ya que las redes de apoyo social se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. El apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, a partir de su inserción en las redes, de que es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones o una serie de contactos personales a través de los cuales los individuos mantienen su identidad social y pueden recibir apoyos sociales (**Arias, 2009**). Mientras que el espacio crítico para la comprensión más acabada de los procesos de integración psicosocial, de promoción a la salud o bienestar y desarrollo de la identidad. (**Melendez, Tomas, & Navarro, 2007**)

#### 4.4.1 Acercamiento espiritual para afrontar la enfermedad.

Siendo un concepto bidimensional con aspectos verticales como horizontales. La vertical es decir la representación que se tiene referente a la relación con Dios y la horizontal las relaciones con el prójimo. Lo espiritual se refiere a la relación trascendente entre la persona y su Ser Supremo; una calidad que va más allá de una afiliación religiosa específica; que procura la reverencia, admiración e inspiración y que encuentran respuestas acerca de lo infinito. “fuente de fuerza y esperanza”(Petersen, 2007).

La vida espiritual es una búsqueda incesante para los ancianos de buscarse a sí mismos; búsqueda de sentido de vida, de razón de ser. Relación con Dios o lo que considere lo último que proporciona un sentido de propósito, significado y misión en la vida. La amortiguación de los factores de estrés físico y emocional de la enfermedad o percepción de la salud. **Rodriguez, (2008)**, nos menciona que, el afrontamiento religioso es una forma de mecanismo psicológico que parece ser especialmente útil para encarar situaciones como el duelo o una enfermedad seria, donde poco control directo es posible por parte del sujeto (la percepción de apoyo divino o de otros miembros de la congregación puede reducir la reacción de un factor estresante). Por último, la religiosidad/espiritualidad puede proporcionar una amortiguación contra factores estresantes mayores y menores a través de caminos fisiológicos directos.

Debido a que la religiosidad suele estar relacionada con mayores redes sociales de apoyo y con mayor estabilidad marital, es más factible que la persona religiosa tenga más posibilidades de atención y ayuda por parte de otros para seguir un tratamiento o un control de su salud como se evidencia en los siguientes discursos:



... le pido tanto adiós que me ayude....lo que hago es mi oración darle gracias a Dios por lo que ya no puedo hacer más ....le digo señor me pongo en tus manos, lo que pueda yo hacer hoy .... **LoPF(1:21)**

..... Por eso cuando estoy sola en mis ratos libres leo oraciones a nuestro señor Jesucristo, para que me sane.... siento que es lo único que me anima a seguir adelante.... **MaAZ(2:08)**

... para no sentirme triste de que ya no puedo salir y caminar tanto leo la biblia y participo en retiros en la iglesia..**MaLM(6:08)**

...leía la biblia y ahora con lo de la parálisis le pido más a dios pues no puedo leer bien pero aun así rezo pido a Dios por mi salud para que me sane.... **JuLT( 10:05)**

Concordamos con **Rodriguez, (2008)**, quien nos menciona que el afrontamiento religioso es una forma de mecanismo psicológico que parece ser especialmente útil para encarar situaciones como el duelo o una enfermedad, es decir, como amortiguamiento para poder sobrellevar situaciones difícil solución o estresantes para el desempeño de la vida misma. Pues tal vez no solo sea para el adulto mayor si no para todo ser humano en cualquier etapa de la vida en situación de riesgo. En los discursos de los adultos mayores participantes se puede leer cómo es que, al sentirse amenazados dentro de cualquier ámbito y más el fisiológico acuden de inmediato a rezar a leer la biblia, es decir recurren a sus deidades, códigos de creencias para buscar camino, sanación y estado de paz para así seguir hacia adelante con sus actividades y vida diaria, ponen en manos de su religiosidad la sanación. El recurrir a un ser poderoso lo hacen de cualquier manera, es decir, rezando, ya se leyendo o cuando ya no lo pueden hacer así entonces solo lo piensan de tal manera que siempre mantienen cerca de ellos a ese Dios para darles fuerza y seguir adelante acompañarlos en su vejez.

#### 4.4.2 Familia como medio de Apoyo en la pérdida de la funcionalidad.

La familia es definida por mucho autores pero se entiende como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de algunos elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas del jefe del hogar, la relación de parentesco que tienen con este y los tipos de hogares existentes; argumenta que una parte considerable de los conocimientos sobre la familia y su evolución, derivan hoy, del estudio de la composición de los hogares (**Placeres & De leon, 2011**).

Mientras que para **Cervera, (2008)** a la familia la entiende como una red social de apoyo, que acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

*....**siento el apoyo** de ella .....veo quienes te apoyan y quienes no, si **la familia es unida**.. una me trajo dinero pues ellos ya tienen de donde apoyar .....**me hace sentir bien, vienen mis hermanas** de la comunidad y me ven y me ayudan ....**por ese apoyo tengo que salir adelante y mis nietos** también están conmigo ....veo la familia cerca y unida....**Me hacen sentir ellos fuerte .... uno se siente bien cuando la toman en cuenta**....LoPF(1:21-24)*

.... hay momentos en los que **estoy muy alegre, por mi nieto, él es la felicidad que me llena el alma**.... voy a ver a mi comadre que vive enfrente de mi casa y platico con ella ....**mi nuera** pues en las noches **me prepara un té, platica conmigo** o me da un masaje en las piernas... **SaMA(3:09)**

..... **lo único que me ayuda** a seguir adelante es mi familia y eso **me hace feliz**..... **AmCM(5:09)**

.....**mis hijos** viven aquí conmigo **eso me ayuda**....**MaLM(6:02)**

..... **convivir con mis nietos porque te reviven**...**PeDF(8:06)**

En los discursos rescatados tomamos como idea principal que la familia es el medio de apoyo primordial para cualquier adulto mayor pues tanto es parte fundamental del su cuidado, son bases de sustento para poder luchar día a día, son motivación y exigencia para seguirse realizando, así como inducción a seguir viviendo. Concordando así con **(Cervera, 2008)** quien nos explica que para el adulto mayor incrementa el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo, pues dentro de nuestra evidencia y análisis de las expresiones se ven manifestadas palabras como: "... te reviven... lo único que me ayuda a seguir adelante es mi familia y eso me hace feliz...." Esto muestra como la familia es el recurso más valorado por el adulto mayor, ya que, para ellos es la mejor medicina. Es la base de sus sacrificios o de sus motivaciones, por lo tanto si el AM está encaminado a mantener una salud estable y una vida digna que mejor que el apoyo de la familia para poder mantener esa individualidad y empoderar a la persona.

## 5 CONCLUSIONES

Según lo dicho en los discursos, la mayoría de los adultos mayores dentro del análisis de su percepción nos arroja como la necesidad más afectada es la movilidad, ya en sus discursos manifiestan que se ve alterada la caminata, y el traslado. Dentro de su hacer diario el deterioro de la movilidad afecta su desempeño en el hogar es decir lo instrumentado. Todos coinciden en que su proveedor, son los hijos, son estos quienes los proveen de ropa y alimentos, y cuidados de la salud, cuando lo necesitan o cuando ellos se los pueden dar. Esto implica que lo obtenido no es a su gusto o lo que quisieran tener, así como que no satisface totalmente sus necesidades, ni cubren sus expectativas, lo mismo sucede cuando alguien ajeno a su familia se las regala. Algunos adultos mayores coinciden en que prefieren o preferirían que la familia los tomara en cuenta, sentir ese apoyo en esta etapa de la vida, dentro de las entrevistas algo que nos llama la atención: al despedirse ellos expresan “... *regresa me siento acompañado, me siento escuchado o así no me siento tan solo...*” pues a veces están enfermos y su familia no lo sabe o no los apoya, dañando su autoestima, estos les proporciona inseguridad, y un impactante sentimiento de tristeza siendo esta, la principal manifestación de la depresión con el consecuente declive de las personas adultas. También, el sentimiento más recurrente es la tristeza, ante el declive de las actividades puesto que la mayoría expresa así sentirse inútiles, para realizar actividades para ellos tan simples y ahora el envejecimiento las hace ser más complejas. “*Uno se hace viejo se acaba se va terminando como vela...*”, estas son palabras de los adultos mayores a través de las cuales relacionan lo que les está pasando. La flama de una vela se termina y es así como las personas visualizan su vida, su función y desempeño para consigo y para los demás expresando ser una carga. Pero además comparan su capacidad funcional con la que tenían en la



juventud con las siguientes frases “*Estaba como una florecita fresquecita, fresquecita y veme ahora apagada, seca*”

El problema que más los aqueja en esta etapa de la vida es la falta de recursos económicos, si es que no cuentan con una pensión por jubilación laboral, y la inutilidad, ya sea por la disminución de su capacidad funcional o las propias enfermedades de la vejez, que a veces pareciera que no eres viejo, si no estás enfermo. Estos factores son los que vuelven vulnerables a los adultos mayores ante la sociedad.

Habiendo tantas dificultades para los adultos mayores que no les permitan sentirse integrados en esta sociedad y satisfacer sus necesidades, queda en nosotros hacerlos sentir parte de esta sociedad animarlos a sentirse vivos, activos, apoyarlos emocionalmente, dejarlos que realicen tareas básicas de la vida diaria, el darle, preservar hasta donde se pueda su funcionalidad, es decir, no quitarles esta independencia que siempre tuvieron, así no dejaremos que se sientan como ellos lo mencionan “inútiles”. Se debe explicarles que esta etapa de la vida parte de nuestro cuerpo va experimentando cambios, pero que no por ellos deben de dejar de hacer lo que hacen, al contrario tratar de realizarlos lo más que pueden y no tratar de que la familia los supla, la familia tiene que ser paciente y tolerante, pues para el adulto mayor ya no es tan fácil como lo era antes.

Es importante buscar potencializar al máximo la independencia del adulto mayor orientándolo a él y a sus cuidadores.

Entre las estrategias que se deben dar a conocer al adulto mayor y su familia para facilitar su satisfacción, o sea percibirse independiente:

- Dejarlo ser independiente, o sea que realice al máximo sus actividades básicas de la vida e instrumentadas. No tratar de sustituirlas.
- Proveer de recursos económicos o abastecer, para satisfacer sus necesidades ya sean de alimentos, vestido, o de salud.
- Tener la oportunidad de asistir a centros de recreación social o simplemente convivir con sus amistades, de realizar lo que les gusta si limitarlos, para no caer en la depresión o disminución de su autoestima.
- El cuidador debe estar disponible para ayudarlo por si así, lo requiere y siempre reiterar el apoyo por si lo necesita en algún momento.
- De gran importancia es brindar la oportunidad de tener ese acercamiento a lo que le tenga fe para poder enfrentar la enfermedad.



- Recordarles que el cuidado personal de es de suma importancia para tener una mejor percepción propia y autoestima o imagen.
- Es importante orientarlos que el hecho de estar viejos, no significa que tengan que estar enfermos, o al contrario la enfermedad viene por los malos cuidados durante la vida y también hay cambios fisiológicos que se dan con la edad. Pero no evita que se cuiden y busquen el bienestar de la salud.
- En cuanto a los proveedores es importante que los hijos brinden la oportunidad los adultos mayores que ellos elijan tanto la ropa como el calzado a su gusto siempre y cuando cubra con los requerimientos de seguridad para evitar enfermedades, problemas de salud.
- Reiterar a diario como se sienten, preguntar ¿cómo se siente o si algo le sucede? Ya que pueden existir factores que provoquen sentimientos de tristeza o no querer realizar actividades que pueden ser como, como la presencia de dolor, falta de motivación o debilidad y cansancio.
- En la medida de lo posible, aportar tiempo (compañía) como cuidador y dinero, alimento, ropa, para así mejorar su autoestima y que se sienta cómodo, seguro, más feliz y a gusto con su imagen. Esto como una medida importante para fomentar la autonomía del adulto mayor.

Al final solo se trata de hacer consciencia en la sociedad sobre la vida que le estamos dando a nuestros adultos mayores, ya que a veces, no, nos damos cuenta del daño que les causamos, por nuestra manera de percibirlos afectamos sus auto-percepción, autoestima y por la falta de empleo (economía) se da por ende la mala salud, y disminución de sus capacidades funcionales. Tenemos que volverlos parte de esta sociedad activa valorar toda esa trayectoria o experiencias que tienen.

A futuro seremos miles de adultos mayores, y no nos gustaría que nos trataran igual como lo hacemos ahora con ellos, la pirámide poblacional cambio y seguirá



cambiando en los próximos años, por eso es importante implementar estrategias a partir de las cuales se tome en cuenta al AM, así se puede lograr que la manera de verse ellos mismos sea otra con orgullo, con amor a sí mismos, valorarse y sobre todo sentir ese respeto por la familia y las amistades. Pero algo muy importante es que la familia como medio de apoyo pueda hacerle sentir ese apoyo, tanto económico como emocionalmente, para así evitar tantas enfermedades y disminución de su capacidad funcional, a veces es solo la consecuencia o el reflejo de sentirse inútil al no poder ser el proveedor o trabajador de la familia, el tener que estar a expensas de los hijos es una manera de enfermar el cuerpo.

La realidad social del adulto mayor mexicano tiene facetas múltiples y con ello innumerables aspectos que deben dar la pauta para crear políticas públicas, planificar acciones que prevengan toda clase de riesgos que lleven a la exclusión social y el maltrato en contra de este grupo de edad, ya que dicha exclusión minimiza su funcionalidad física, mental, social y provoca el desconocimiento de sus más elementales derechos humanos.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

---

1. Acuña, G. M., & Gonzalez, C. L. (2010). Auto eficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Asociacion Mexicana de comportamiento y salud* , 71-80.
2. Aldana, G., Fonseca, H. C., & Garcia, G. L. (2013). El significado de la vejez y su relacion con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista digital* , 1067-1079.
3. Almazan, L. N., Benuemea, L. ., Ruiz, S. C., & Villa, P. D. (2011). El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad cronica, una influencia social desde la teoria de las atribuciones. *Revista electronica de psicologia Iztacala* , 04-14.
4. AMM. (2008, oCTUBRE). *DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACIONMEDCICA MUNDIAL: Principios eticos, para la investigacion medica en seres humanos*. Retrieved from [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
5. Arce, C. I., & Ayala, G. A. (2012). Fisiologia del envejecimiento. *Revista de actualizacion clinica medica* , 813-818.
6. Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluacion. *Revista de psicologia IMED* , 147-158.
7. Arroyo, R. M., & Soto, A. L. (2013). La dimension emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social* , 337-347.
8. Avila. (2012). *funcionalidad*.
9. Avila, F. F., & Monta, A. A. (2012). Funcionalidad. In R. L. Gutierrez, *Geriatría para el medico familiar* (pp. 11-19). Mexico: El manual moderno.
10. Bacelis, D. F. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adutlo mayor de zonas rurales. *Archivos en medicina familiar* , 1-4.
11. Bejines, S. M. (2015). Valoracion de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de enfermeria Instituto Mexicano del Seguro Soial* , 09-15.

12. Berrío, V. M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista colombiana de anestesiología* , 192-194.
13. Callis, F. S. (2011). Autoimagen de la vejez del adulto mayor. *Red de revistas científicas de América Latina, Caribe y Portugal* , 30-44.
14. Carrazo, P. (2001). Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento. *Revista de educación* , 125-135.
15. Castellanos, S. F., & Lopez, D. L. (2010). Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza. *Revistas colombianas* , 37-53.
16. Cervera, E. L. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Revistas archivo médico de Camagüey* , 01-11.
17. Encinas, J. E. (2000). *Abatimiento funcional del adulto mayor*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
18. Fernández, B. (1996). *Psicología del envejecimiento: lección inaugural del curso académico*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
19. Fernández, B. R. (2000). *Gerontología Social*. Pirámide.
20. Giraldo, M. C., & Franco, A. G. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances de enfermería* , 43-48.
21. Gómez, M. J., Curcio, B. C., & Gómez, G. D. (1995). *Evaluación de la salud de los ancianos*. Universidad de Caldas.
22. INAPAM. (2010). Retrieved from [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Cultura\\_del\\_Envejecimiento.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf)
23. Investigación, C. N. (2003, Abril). *Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Retrieved from [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10.\\_I\\_NTL\\_Informe\\_Belmont.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._I_NTL_Informe_Belmont.pdf)
24. Landínez, N. S., & Contreras, V. K. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista cubana de salud pública* , 562-580.



25. Landinez, P. N., & Contreras, V. K. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Recista cubana* , 562-580.
26. Lazcano, B. G. (2007). *Evaluacion geriatrica: Practica de la geriatría*. Mexico: Mac Graw Hill.
27. Madrigal, M. M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuracion de la seguridad economica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de poblacion* , 117-163.
28. Maellap. (2015). *Las claves de la Automotivacion*. Barcelona, España: Universidad de navarra Barcelona.
29. Marin, J. (2003). *Envejecimiento: Salud Publica*. Retrieved from <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
30. Martinez, C. J., Jimenez, B. J., Campos, A., & Gonzalez, M. (2007). Barreras organizativas y sociales para la práctica de actividad física en la vejez. *otricidad. European Journal of Human Movement* , 13-31.
31. Martinez, M. L. (2005). *UAM*. Retrieved from [https://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2\\_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf)
32. Medina, B., Rodriguez, G. R., & Garcia, M. L. (2007). *Practica de l geriatría*. Mexico: Mc Graw Hill.
33. Melendez, J. C. (1996). La autopercepcion negativa y su desarrollo en la edad. *Revista geriatrika* , 40-44.
34. Melendez, M. J., Tomas, M. J., & Navarro, P. J. (2007). Analisis de las redes sociales en la vejez a traves de la entrevista Manheim. *Salud publica Mexico* , 408-414.
35. Mendoza, R. (2006). *Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones*. Retrieved from <http://www.gycperu.com>
36. OMS. (2015). *Discapacidad y Salud*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
37. OMS. (2012). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* , 74-105.

- 38.OMS. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro*. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)
- 39.Oviedo, G. L. (2004). La defnicion del concepto de Percepcion en Psicologia, con base en la teora de Gestalt. *Revista de Estudios Sociales* , 89-96.
- 40.Paula, A. (2001). *Acercamiento conceptual a la situacion del Adulto mayor en America Latina proyecto regional de poblacion*. Santiago de Chile: CELADE (Fondo de poblacion de las Naciones unidad).
- 41.Penny, M. E. (2012). Cambios anatomicos y fisiologicos durante el envejecimiento y su impacto clinico. In *Geriatría y Gerontología: para el medico internista* (pp. 37-55). Bolivia: La Hoguera.
- 42.Perez, C. M. (2010). Aproximacion a un estudio sobre vulnerabilidad y vilencia familiar. *Boletin Mexicano de derecho UNAM* , 845-867.
- 43.Perez, H. A. (2014). Percepcion social de la Vejez. *Departamento de Ciencias de la comunicacion y trabajo social* .
- 44.Petersen, S. M. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate y Psicologia cultura y sociedad* , 111-128.
- 45.Placeres, H. F., & De leon, R. (2011). La familia y el adutlo mayor. *Revistas medicas electronicas* , 472-483.
- 46.Ramos, E. J., & Salinas, G. R. (2010). Vjese y apoyo social. *Revista de educacion y desarrollo* , 69-76.
- 47.Reyes, G. J., & Aguila, N. S. (2009). *Evaluacion geriatrica global*. Mexico: El manual moderno.
- 48.Reyes, G., & Aguilar, N. S. (2009). Evaluacion geriatrica global. In d'Hyver, & R. L. Gutierrez, *GERIATRIA* (pp. 33-47). Mexico: El manual moderno.
- 49.Rodriguez, R. R. (2008). La investigación de las relaciones entre religión y procesos de salud enfermedad: abordajes y algunos resultados empíricos. *Investigaciones en salud* , 51-57.
- 50.Rodriguez, R., & Alfonso, L. (2006). El adulto mayor y sus capacidades funcionales. In A. Vasquez, *Discapacidad: lo que todos debemos saber* (pp. 186-192). washington.

51. Rodriguez, S. C. (2013). Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. *Revista de Psicología* , 348-372.
52. Rubio, A. E. (2009). Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Revista de especialidad geriátrica/gerontológica* , 244-250.
53. Salech, F., & Jara, L. (2012). Cambios Fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Medica Clinica condesa* , 19-29.
54. Salmeron, A. J., Martinez, D. L., & Escarbajal, D. H. (2015). Jejez, mujer y educación. Un enfoque cualitativo de trabajo socioeducativo. *Foro de educación* , 191-201.
55. Sanchez, G., & Martinez, P. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista cubana medicina general integral* , 01-07.
56. Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto de salud. *Ciencia en Enfermería* , 17-22.
57. Santander, J. T. (2000). Depresión en el ADULTO MAYOR. *Boletín de la escuela pontificia universidad católica de Chile* , 01-02.
58. Sarabia, C. C. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *GEROKOMOS* , 15-18.
59. Segovia, D. L., & Torres, H. E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *GEROKOMOS* , 162-166.
60. Soberanes, F. S., Moreno, C. D., & Gonzalez, P. A. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas* , 161-172.
61. Troncoso MP, S. S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios Hospitalarios. *Artículo* , 499-503.
62. Trujillo, Z. (2007). Aspectos clínicos del envejecimiento. In *Vision Gerontologica/Geriátrica* (pp. 117-179). Mexico: Mc Graw Hill.
63. Urrutia, A., & Villarraga, G. (2010). UNA VEJEZ EMOCIONALMENTE INTELIGENTE: RETOS Y DESAFIOS. *EUMED* , 01-19.
64. Vargas, M. L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* , 47-53.



65. Vivaldi, B. E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicologica* , 23-29.

### 8.1 ANEXO 1 Consentimiento informado



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

UNAM



#### *Consentimiento informado para participar en una investigación*

Respetado(a) señor(a) \_\_\_\_\_ por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una prueba psicológica, titulada \_\_\_\_\_ que yo/nosotros, \_\_\_\_\_ he he(mos) redactado como parte de un ejercicio académico e investigativo, que tiene como objetivo medir \_\_\_\_\_ en personas pertenecientes a \_\_\_\_\_ que tengan un rango de edad comprendido entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ años de edad. La fecha de aplicación de la prueba será el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ en el/la \_\_\_\_\_ en compañía de/ individualmente.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidos en la prueba.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba (Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo) Nombre del participante: \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identificación número: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, expreso voluntaria y concientemente mi deseo de participar de en la realización de la prueba \_\_\_\_\_ en la fecha y el lugar previstos por el autor de la prueba.

En constancia firma,

CC:

PERFIL DEL ADULTO MAYOR

ADULTO MAYOR SEUDÓNIMO	EDAD	CONDICIÓN LABORAL	EDO. CIVIL	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ESCALA DE BARTHEL	Estado Cognitivo	Fecha de Entrevista
LoPF-1	72 años	Casada	Ama de casa	Medio bajo	Dependencia Leve	Adecuada	23 Agosto 2015
MaAZ-2	85 años	Viuda	Ama de casa	Medio medio	Dependencia Leve	Deterioro Leve	23 Agosto 2015
SaMA-3	67 años	Viuda	Comerciante	Medio medio	Dependencia Leve	Deterioro Leve	23 Agosto 2015
IbEF-4	71 años	Unión libre	Jubilado	Medio medio	Independiente	Adecuada	27 Agosto 2015
AmCM-5	75 años	Divorciada	Ama de casa	Medio medio	Dependencia Leve	Adecuada	25 Agosto 2015
MaLM-6	69 años	Viudo	Albañil	Medio medio	Dependencia Leve	Deterioro Leve	19 Agosto 2015
FeHR-7	67 Años	Viuda	Ama de casa	Medio medio	Independiente	Adecuada	24 Agosto 2015
PeDF-8	68 años	Viuda	Ama de casa	Medio medio	Independiente	Adecuada	26 Agosto 2015
CaC-9	60 años	Casada	Oficial de puericultura	Medio medio	Independiente	Adecuada	26 Agosto 2015
JuLt-10	71 años	Viudo	Ninguna	Medio medio	Dependencia leve	Adecuada	30 Agosto 2015
GMDS-11	71 años	Viuda	Ama de casa	Medio medio	Dependencia leve	Adecuada	05 Septiembre 2015



## 8.2 Anexo 2. Guía semi-estructurada

### GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Nombre del adulto mayor:

Edad:

Índice de Barthel:

Estado cognitivo

Antecedentes médicos:

Estado civil:

Condición laboral:

Fecha de la entrevista:

**¿Qué significa para usted la vejez, es decir, ser adulto mayor?**

**¿Cómo se siente usted para realizar sus actividades de la vida diaria? (en cuanto a la fuerza física, las ganas para realizar sus actividades diarias)**



### 8.3 Anexo 3. Cronograma

<b>Actividades realizadas</b>	<b>FECHA</b>
<b>Recolección de datos a través de la entrevista a profundidad.</b>	Agosto - Octubre 2015
<b>Trascripción de entrevista.</b>	Noviembre 2015
<b>Análisis de los datos.</b>	Diciembre 2015 a Marzo 2016
<b>Elaboración del informe final.</b>	Junio 2016
<b>Publicación de resultados finales en la Revista de Enfermería Universitaria.</b>	Diciembre 2016

## 8.4 Anexo 4. ESCALAS DE VALORACION MINIMENTAL

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 1. ¿Para qué sirve?

El MMSE fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

**Las características esenciales que se evalúan son:**

- **Orientación espacio- tiempo.**
- **Capacidad de atención, concentración y memoria.**
- **Capacidad de abstracción (cálculo).**
- **Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.**
- **Capacidad para seguir instrucciones básicas.**

**Recomendaciones generales:**

- El MMSE es una prueba destinada para ser administrada de forma individual.
- No tiene límite de tiempo.
- Se debe aplicar en un lugar propicio, confortable y sobre todo, libre de ruidos distractores, así como de intrusiones.

### 2. ¿Cómo se elabora?

El examinador:

- Deberá estar familiarizado con la prueba y sobretodo con las instrucciones referentes a las diferentes escalas.
- Deberá crear una situación relajante y de confianza para el examinado.
- Deberá realizar una entrevista con el paciente antes de la toma de la prueba, con el objetivo de tener algunos datos del paciente y también para poder hablar de sus intereses y pasatiempos, con el fin de lograr que el paciente comience la prueba algo relajado. Además, como ya se mencionó anteriormente, se debe tomar muy en cuenta su estado de ánimo.
- Deberá hacer un esfuerzo por obtener una cooperación constante por parte del sujeto y mantenerlo motivado, sin que esto signifique que se hagan observaciones sobre lo acertado o equivocado de sus respuestas.
- Las instrucciones para esta escala, deberán ser siempre las que estén impresas en el protocolo y deberán ser leídas por el examinador con claridad y precisión.
- Si el examinado corrige una respuesta, se le debe dar crédito a la respuesta correcta.

Calificación e interpretación de los resultados:

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona.

Para calificar el profesional deberá:

- Puntuar cada alternativa de respuesta (de acuerdo al valor dado en el protocolo).
- Luego deberá sumar todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima es de 30).
- Buscar el puntaje total obtenido en la parte posterior del protocolo.
- Pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba

## EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO<sup>1</sup>

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que **no** se mencione, **o** por cada número que se **añada**, **o** por cada **número que se mencione fuera del orden indicado**.

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

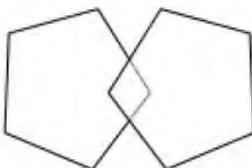
Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Mes \_\_\_\_\_  
 Día mes \_\_\_\_\_  
 Año \_\_\_\_\_  
 Día semana \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Árbol \_\_\_\_\_  
 Mesa \_\_\_\_\_  
 Avión \_\_\_\_\_

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: \_\_\_\_\_

Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

Respuesta Paciente

Respuesta correcta

9 7 5 3 1

Total: \_\_\_\_\_

Toma papel \_\_\_\_\_  
 Dobla \_\_\_\_\_  
 Coloca \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Árbol \_\_\_\_\_  
 Mesa \_\_\_\_\_  
 Avión \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Correcto: \_\_\_\_\_



**SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6**

**SUMA TOTAL:**

<sup>1</sup>Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile, OPS/OMS, 1999.

## 8.5 Anexo 5. ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

### TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).</li> <li>- Necesita ayuda.</li> <li>- Necesita ser alimentado.</li> </ul>	10 5 0
<b>BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.</li> <li>- Necesita cualquier ayuda.</li> </ul>	5 0
<b>VESTIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...</li> <li>- NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.</li> <li>- DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.</li> </ul>	10 5 0
<b>ASEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...</li> <li>- NECESITA ALGUNA AYUDA.</li> </ul>	5 0
<b>USO DE RETRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.</li> <li>- NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEFECACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.</li> <li>- Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.</li> <li>- INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.</li> </ul>	10 5 0
<b>MICCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.</li> <li>- Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.</li> <li>- INCONTINENTE.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.</li> <li>- NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.</li> <li>- INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.</li> <li>- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.</li> <li>- NECESITA AYUDA física o verbal.</li> <li>- INCAPAZ de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE.</li> <li>- NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).</li> <li>- NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.</li> <li>- Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>TOTAL</b>		

<b>VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL</b>	
<b>INDICE BARTHEL</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p> <p>Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.</p>
	<p><b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.</p>
	<p><b>POBLACIÓN DIANA</b></p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebro-vascular aguda.</p>
	<p><b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria, del Sistema de Salud de Aragón.</li> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> <li>• Es una escala sencilla de administrar.</li> <li>• Escala validada en nuestro país.</li> <li>• Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo.</li> </ul>
	<p><b>VALORACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– La situación actual del paciente.</li> <li>– La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.</li> </ul> </li> <li>• La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– &lt; 20 dependencia total</li> <li>– 20-35 dependencia grave</li> <li>– 40-55 dependencia moderada</li> <li>– 60-90/100 dependencia leve</li> <li>– 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)</li> </ul> </li> <li>• El valor predictivo de los puntos de corte esta basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.</li> <li>• 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.</li> <li>• También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.</li> </ul>
<p><b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p>	