



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

EXPERIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA:

LIC. ROJAS CASTILLO XOCHITL

TUTOR PRINCIPAL:

DOCTORA VIRGINIA REYES AUDIFFRED
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

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

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **20 de febrero del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **XOCHITL ROJAS CASTILLO** con número de cuenta **305058775**, con la tesis titulada:

"EXPERIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA."

bajo la dirección de la Doctora Virginia Reyes Audiffred

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Vocal : Doctora Virginia Reyes Audiffred
Secretario : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez
Suplente : Doctora Liliana González Juárez
Suplente : Doctora Martha Lilia Bernal Becerril

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd, Mx., a 1º de marzo del 2017.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DE PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

JEG-F6

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

RECONOCIMIENTO

Al programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México por su compromiso y dedicación que tienen con sus educandos.

Al Consejo Nacional de Ciencia Y Tecnología (CONACYT) por otorgarme la beca que me permitió realizar mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por estar siempre a mi lado apoyándome en todo momento.

A los participantes de esta investigación por brindarme su confianza y tiempo ya que sin ellos no sería posible el desarrollo de este estudio.

A la Dra. Virginia Reyes Audiffred por asesorar y compartir su conocimiento, tiempo y experiencia para el desarrollo de ese trabajo.

Al Doctor Marco Antonio Cardoso por compartir su conocimiento sobre las virtudes de la investigación cualitativa.

DEDICATORIAS

A mi familia José Carmen, Hilaria, José Manuel y Andrea por ser mi soporte en mis momentos de debilidad.

A mis abuelos que fueron el incentivo para realizar esta investigación.

CONTENIDO

RESUMEN	7
I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO	10
II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	11
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
III.1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	16
III.2. OBJETIVO	17
III.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
III.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
IV. MARCO CONCEPTUAL	18
IV.1. ADULTO MAYOR	18
IV.2. ENVEJECIMIENTO	19
IV.3. ENFERMEDADES EN LA VEJEZ	27
IV.4. CAPACIDAD FUNCIONAL	30
IV.5. LA FAMILIA	33
IV.6. APOYO FAMILIAR	39
IV.7. EXPERIENCIA	42
V. METODOLOGÍA	43
V.1. DISEÑO DE ESTUDIO	43
V.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO	43
V.3. PARTICIPANTES	44
V.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	48
V.5. ANÁLISIS DE DATOS	50
V.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	50
V.7. RIGOR CIENTÍFICO	51
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53
VII. CONCLUSIONES	72
VII.1. APORTACIONES A LA DISCIPLINA	74
VII.2. APORTACIONES A LA PRÁCTICA	75
VII.3. APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN	75
VII.4. APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	76
ANEXOS	77

ANEXO 1 PREGUNTAS DE DEBATE	77
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	78
ANEXO 3. ESCALAS DE VALORACIÓN	83
ANEXO 3.1. INDICE DE BARTHEL	83
ANEXO 3.1. ESCALA MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	85
ANEXO 4. TABLA 1. PERFIL DEL CASO1.....	87
ANEXO 5. TABLA 2. PERFIL DEL CASO 2.....	88
ANEXO 6. TEMPORALIZACIÓN.....	89
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

RESUMEN

Título: Experiencias del adulto mayor en la familia.

Introducción: La pirámide poblacional se está invirtiendo ocasionando la existencia de un porcentaje mayor de adultos mayores, que entre 60-70 años aún son funcionales e independientes. Muchos de ellos, dedican gran parte de su tiempo al cuidado de sus nietos como una forma de apoyo a sus hijos descuidando su salud, bienestar y calidad de vida.

Objetivo: Describir las experiencias del adulto mayor en la familia en relación al apoyo familiar e interacción con los hijos.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo. Se seleccionaron dos familias extensas, en las cuales uno de sus integrantes fuera un adulto mayor funcional e independiente y su domicilio se ubicará en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad y la observación participante realizada en el domicilio del adulto mayor. Se realizaron entrevistas a varios integrantes de la familia del adulto mayor, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas, previamente se solicitó la firma del consentimiento informado. El análisis de datos se llevó a cabo, según Souza Minayo. El rigor metodológico se garantizó a través de la transferibilidad, confiabilidad y auditabilidad.

Resultados: Emergieron dos categorías principales: Apoyo inverso del adulto mayor a los hijos con las subcategorías 1) guardián de los nietos, 2) mis recursos económicos para la satisfacción de tus necesidades y 3) razón oculta. La segunda categoría: Beneficios y consecuencias en el adulto mayor del apoyo inverso con las subcategorías: 1) Estableciendo un vínculo afectivo y 2) Perdiendo la independencia.

Conclusiones:

Los adultos mayores funcionales e independientes brindan apoyo material, emocional y económico a sus hijos a través del cuidado de sus nietos, el cual no es recíproco en muchas ocasiones. Sin embargo no lo brindan únicamente por sentir una responsabilidad y sentirse útiles sino también porque esperan recibir posteriormente apoyo y cuidados, pues tienen miedo al envejecimiento, ya que lo asocian a enfermedad y dependencia. Es por ello importante prestar atención a estos aspectos subjetivos, ya que permitirán contar con modelos de atención de acuerdo a las creencias y valores del adulto mayor eficaces.

Palabras clave: Anciano, familia, investigación cualitativa.

INTRODUCCIÓN

Gran cantidad de personas adultas mayores se encuentran viviendo el inicio de la etapa del envejecimiento dentro de su familia de diversas formas cada uno, de manera positiva o negativa. Esta experiencia puede manifestarse en el adulto mayor como amargura, enojo, despotismo, impidiendo que disfruten su vida consigo mismos y con su familia. Es entonces una necesidad imperiosa conocer la experiencia del el adulto mayor en la familia, específicamente del adulto mayor funcional e independiente y el apoyo familiar tanto que recibe como el que brinda. La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo realizado en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, tiene por objetivo describir las experiencias del adulto mayor en la familia.

El presente documento, consta de ocho capítulos. En el primer capítulo se encuentra la descripción del fenómeno de estudio, que son las razones por las cuales el investigador desarrollo este tema en particular, así como el primer contacto que tiene el investigador con el fenómeno narrado desde la perspectiva subjetiva.

En el segundo capítulo se encuentra la revisión del estado del arte, que es una búsqueda de artículos relacionados con el fenómeno que se investigó para determinar las aportaciones de dichas investigaciones y los vacíos existentes.

En el tercer capítulo se encuentra el planteamiento del problema, en el cual, se describen los vacíos del conocimiento del fenómeno a investigar, así como la importancia de la investigación, el objetivo general, los específicos; y por supuesto la pregunta de investigación.

En el cuarto capítulo se encuentran los conceptos principales del fenómeno investigado, como son: adulto mayor, envejecimiento, capacidad funcional, familia, apoyo familiar, experiencia. Que tienen la finalidad de brindar un sustento teórico a los resultados presentados en este documento.

En el quinto capítulo se encuentra la metodología utilizada: el diseño cualitativo, así como el contexto y una descripción de los participantes de esta investigación, también las técnicas de recolección de los datos y su análisis.

En el sexto capítulo se encuentran los resultados que emergieron del fenómeno investigado, que son dos categorías principales, la primer categoría “Apoyo inverso: del adulto mayor a los nietos” con sus tres subcategorías, y la segunda categoría “Beneficios-Consecuencias en el adulto mayor del apoyo inverso” con dos subcategorías. Finalmente se describe la discusión entorno al fenómeno de estudio.

En el séptimo capítulo se encuentran las conclusiones que emergen de los resultados obtenidos en esta investigación, también las aportaciones a la disciplina, a la práctica, a la investigación y a las políticas públicas.

Por último se encuentran los anexos que son el consentimiento informado, el perfil de los adultos mayores, las preguntas generadoras de debate y el cronograma de actividades para realizar esta investigación.

I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

El núcleo familiar del adulto mayor (AM) es diferente en cada persona, es en la familia donde se desarrollan los lazos afectivos y se distribuyen los roles y las actividades de cada integrante de la familia, así como se brinda y recibe el apoyo familiar.

Diversos autores concuerdan en que el apoyo familiar que reciben los adultos mayores es de suma importancia, este entendido como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la familia. Las cuales son fundamentales durante la vejez, la cual es una etapa de la vida que se caracteriza por las pérdidas debidas a los diversos cambios que se presentan por el envejecimiento y las enfermedades crónicas degenerativas que ocasionan que disminuya la capacidad funcional generando dependencia de una persona para la satisfacción de sus necesidades, a nivel social también tiene implicaciones como la pérdida del rol como jefe de familia, todo esto a nivel psicológico conlleva a baja autoestima que a la larga provoca depresión. Sin embargo, es importante mencionar que al inicio de esta etapa, es decir, entre los 60 y 70 años de edad de una persona, generalmente tiene su capacidad funcional integra por lo que no requiere todos los tipos de apoyo.

He conocido familias extensas con un nivel socioeconómico bajo, donde viven los adultos mayores, los hijos de los adultos mayores con sus hijos y esposos, en una sola casa. Entre los roles que realizan los adultos mayores específicamente las mujeres son de amas de casa y el cuidado de los nietos para permitir a los hijos laborar de manera continua. La responsabilidad de la crianza de los nietos por parte de las abuelas es continuo tanto de día como de noche, ya que en muchas ocasiones, los padres los dejan en la casa de los abuelos por días, generando así en el adulto mayor demasiado estrés y cansancio. Esta responsabilidad coloca en riesgo la salud del AM al dar mayor importancia a la crianza de los nietos que a sus consultas con los médicos (revisiones) o a la compra de los medicamentos necesarios para el control de las enfermedades que presenta, ya que el cuidado de

los nietos también implica en muchas ocasiones el realizar gastos para brindarles de comer o útiles escolares soportando con estoicismo esta carga que le fue delegada por la familia y que consideran una responsabilidad propia.

Además, también recuerdo una familia donde el adulto mayor de entre 60-70 años que aún era funcional se le delegó responsabilidades de cuidado de los nietos por parte de los hijos así como de la preparación de la comida y labores domésticas, había ciertos días donde el adulto mayor se sentía muy cansado, estresado, por todas las actividades que tenía que hacer durante el día, impidiendo que pudiera descansar, sin embargo se le veía feliz por estar conviviendo con los nietos.

Por todo lo antes descrito surgen las preguntas: ¿Qué sucede con los adultos mayores de 60-70 años, aun funcionales?, ¿Cuál es el apoyo que ellos reciben? ¿Cuáles son las características de las familias, en las cuales el adulto mayor brinda apoyo en lugar de recibirlo?

II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.

Se realizó una consulta en diferentes bases de datos como CINAHL, PUBMED, SCIELO, VBS, para revisión del tema, encontrando en su mayoría artículos que refieren que el adulto mayor recibe apoyo familiar cuando es dependiente, y de edad superior (70+), pero no se encontró mucha información a nivel mundial y solo un estudio nacional que se relaciona indirectamente con respecto al apoyo familiar que recibe el adulto mayor funcional.

El primer artículo es de Mestre-Miquel (2012) quien realizó un estudio titulado Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: recurso de conciliación de la vida social y familiar en España, realizó una revisión sistemática encontrando que las abuelas (60 años) que cuidan a sus nietos ponen en riesgo su salud, generando problemas físicos y emocionales como hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, diabetes, depresión, ansiedad, neurosis o histeria, mejor conocido como el síndrome de la “abuela esclava” sin embargo también les proporcionan experiencias positivas como satisfacción emocional, sentirse personas capaces y útiles, además dependerá

mucho del número de nietos que cuiden así como de las horas dedicadas a esta labor, comprendiendo que en esta etapa inicial de envejecimiento son los adultos mayores quienes apoyan a la familia, además este estudio permite también conocer como es el reparto de funciones en la familia, donde las mujeres son las encargadas del cuidado familiar¹.

Weisbrot (2012) realizó un estudio parecido al de Mestre-Miquel, titulado “Conceptos y percepciones de las abuelas (entre 50 y 75 años) sobre el cuidado de sus nietos”. En una población del Hospital Italiano de Buenos Aires, es un estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal, utilizando las técnicas de bola de nieve para la selección de los participantes y grupos focales para la recolección de los datos, el análisis se realizó con el programa Nud-ist, encontrando ocho temas centrales, 1) razón de ser cuidadoras, las principales razones son el de ayudar a sus hijos, y no tener otra opción, 2) ambivalencia de sentimientos al sentir sobrecarga y satisfacción, 3) manejo del espacio personal como pérdida del espacio, 4) Efectos sobre la salud tanto como mejoría como un empeoramiento, 5) Límite entre cuidar y criar: diferenciar entre crianza que requiere de mayor tiempo y desgaste del adulto mayor y cuidado el cual ocupa un menor tiempo, 6) Responsabilidad y toma de decisiones, 7) Involucramiento emocional en la vida de la pareja, 8) Relación con los padres de los nietos, es importante mencionar que los adultos mayores refieren tener tanto como buena relación con sus hijos cuando ellos cuidan a los nietos y mala relación cuando son ellos los encargados de la crianza de los nietos².

Por su parte Vivaldi (2012) realizó una investigación titulada Bienestar Psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores en Santiago de Chile de corte cuantitativo, transversal, encontrando que los adultos mayores de 60 a 87 años con una edad promedio de 70.5 años (independientes y dependencia leve) tienen un nivel significativo de percepción del apoyo social como relaciones positivas, auto aceptación y tener un propósito en la vida, crecimiento personal, destacando la importancia del apoyo que percibe el adulto mayor tanto de su entorno como de su familia, como un elemento protector en la salud mental,

permitiendo que las relaciones significativas y estables fomenten de manera positiva el auto concepto, el nivel funcional y el afrontamiento del estrés evitando así la tristeza y la depresión³.

Zapata-López (2015) realizó un estudio titulado Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia, es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, obteniendo como resultados que los adultos mayores (60 - 71 años) los cuales refieren tener una percepción de soledad a pesar de encontrarse satisfechos con el apoyo familiar y de amigos, donde la convivencia familiar fue de un 70% por parte de las mujeres y un 80% por parte de los hombres, además que gran parte de los adultos mayores se encuentran viviendo solos, generalmente mujeres quienes son viudas, o separadas, lo que facilita la soledad y el debilitamiento de las redes de apoyo del adulto mayor, al no tener familiares cercanos a ellos⁴.

De Moraes y cols., (2010) realizaron un estudio de corte cualitativo titulado Percepciones entre los adultos mayores (tres mayores de 71, 78 y 90 años) sobre el envejecimiento, estrategias y sus efectos sobre los usuarios de la familia de afrontamiento de la Unidad Básica de Salud en la ciudad de São Paulo, a través de entrevistas con una guía temática, encontraron las siguientes categorías: Al darse cuenta el tiempo del ciclo de vida, sufriendo las repercusiones de este momento y frente a envejecimiento y la vejez, encontrando los siguientes resultados que al recibir poco apoyo psicológico los mayores tienen una sensación de soledad, abandono y que para llenar ese vacío (afectividad) recurren a la espiritualidad o la religión como fuente secundaria de apoyo emocional, con lo cual mejoran el bienestar del adulto mayor y disminuye los niveles de estrés. Y refiere que la familia siempre prevalece como una alternativa de apoyo al sistema de apoyo formal lo cual garantiza la satisfacción de necesidades sean estas instrumentales y/o expresivas en situaciones cotidianas y de crisis⁵.

La investigación hecha por Garay et. al. (2009) en la cual realizaron un estudio de corte mixto cualitativo y cuantitativo, realizado en el Estado de México, titulado Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez, con el propósito de

aproximarse a los significados y percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida refiere que los mayores (60+) al recibir poco apoyo emocional se sienten solos, depresivos, además de poco apoyados por la familia siendo esta la principal fuente de apoyo para el adulto mayor y la sociedad. Así mismo los adultos mayores piensan que los jóvenes los consideran como personas no útiles, molestas, es por ello que no reciben apoyo de ellos y los ignoran y marginan⁶.

Además la investigación de Reis L, y cols. (2011) Realizaron una investigación titulada Percepção hacer suporte familiares em Idosos de baixa renda e fatores Associados, de corte cuantitativo, transversal en municipio de Jequié-BA, en el noroeste de Brasil, donde encontró que existe un deterioro de la percepción del apoyo familiar en tres áreas: Afecto-consistencia, la adaptación y la Familia y de la autonomía, y por consiguiente los adultos mayores (edad media de 73.5) tienden a creer que no reciben apoyo familiar, lo que facilita una percepción deficiente del apoyo familiar, facilitando la aparición de soledad, tristeza, y alejamiento del adulto mayor, además tienen deseos de tener la libertad de expresarse, así como autonomía en el ámbito familiar⁷.

Las investigaciones anteriores muestran muchos datos importantes que se deben tener presentes, sin embargo, es evidente que existen insuficientes investigaciones al respecto, relacionadas con las vivencias del adulto mayor (60 años) en relación al apoyo familiar recibido, en el inicio del envejecimiento es decir, no se describe la experiencia vivida por este grupo de edad, porque es muy poco estudiada. Lo que resultaría importante para poder implementar estrategias de ayuda tanto para el adulto mayor como para su familia, que permitan preparar al adulto mayor de la manera más óptima para cursar un envejecimiento exitoso y a la familia para que brinde el apoyo necesario para lograrlo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pirámide poblacional se está invirtiendo mundialmente tanto en países desarrollados como subdesarrollados, esto gracias a los esfuerzos del sector salud

para implementar programas que han aumentado la esperanza de vida de las personas y disminuido la tasa de fecundidad⁸. Datos de la OMS destacan que entre 2000 y 2050 la población de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22% en el transcurso del medio siglo⁸. En México el INEGI refieren que en el 2010 del total de la población, el 9.0% eran adultos mayores, proyecciones para 2050 describen que este grupo de personas aumentará notablemente al 30%^{9,10}.

Las personas mayores de 60 años o adultos mayores como son considerados en México, tienen una percepción negativa de la vejez debido al deterioro progresivo de sus capacidades que aumenta con la edad, la presencia de enfermedades crónicas y otros factores como la viudez, situación económica, y jubilación. Lo cual genera dependencia en los adultos mayores, Arroyo menciona que de acuerdo al grado de dependencia (leve, moderada, severa) es el cuidado que se le brinda al adulto mayor, siendo esta menor cuando su dependencia es leve y mayor cuando su dependencia es severa, por lo que el adulto mayor requiere apoyo formal de instituciones de salud y apoyo informal de la familia, amigos, vecinos etc.^{11,12}. En este sentido Pelcastre-Villafuerte señala que la familia, sigue funcionando como la principal fuente de apoyo a los ancianos dependientes¹³.

Sin embargo cuando el adulto mayor aún es funcional, es decir, no presenta dependencia, es el quien apoya a la familia, como en el caso de las mujeres señala Mestre-Miquel, porque el cuidado se vincula a las mujeres a través de la cultura donde la sociedad, marca que las mujeres son la cuidadoras principales por elección debido a los roles de género patriarcal y al reparto de funciones en la familia¹.

Son ellas, las abuelas quienes se encargan del cuidado de los nietos, lo cual abarca demasiado tiempo en su vida, descuidando sus actividades diarias y poniendo en riesgo su salud, Weisbrot refiere que las ancianas que cuidan a sus nietos generan estrés y por ello ponen en riesgo su salud, desarrollando enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto agudo al miocardio), diabetes, mientras que Mestre-Miquel indica que las repercusiones más importantes es la presencia de depresión, lo que crea un descuido en la realización de actividades recreativas y de

ocio y/o para cuidar su propia salud, ya que anteponen su responsabilidad de cuidar o encargarse de la crianza de sus nietos que su salud^{2,1}. Y donde las principales razones para cuidar a sus nietos son: porque los padres trabajan todo el día, por cuestiones económicas, confianza en la persona que cuida a los nietos y de la calidad del cuidado, cabe mencionar que una de las razones imperiosas para que las abuelas cuiden a sus nietos es porque refiere Weisbrot que lo sienten como una obligación suya de ayudar a sus hijos².

El apoyo que brinda el adulto mayor a la familia no solo es de cuidado de los nietos, sino también económico y material, Weisbrot señala que los mayores ofrecen su casa a sus hijos para que cohabiten con él, debido a la crisis económica la familia requiere del sustento económico del adulto mayor para cubrir todas las necesidades de cada uno de los integrantes^{11,13}, otra vez anteponiendo esto al cuidado de su salud y bienestar.

Por lo antes descrito y dado que no existe mucha información, se considera relevante identificar: ¿Por qué el adulto mayor no recibe apoyo familiar cuando aún es funcional que le permita planificar un envejecimiento exitoso? ¿Por qué considera que debe apoyar a sus hijos en todo momento? anteponiendo esto que su propia salud y a sí mismo.

Para responder a estas preguntas se considera necesario conocer las experiencias del adulto mayor funcional en relación al apoyo familiar, es decir, comprender los significados que las personas mayores les dan a su vida en relación al apoyo familiar e interacción con los hijos y aprehender el proceso de interpretación por el cual actúan y se expresan de determinada forma.

III.1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El describir y analizar las experiencias de los adultos mayores en relación al apoyo familiar, tiene el propósito de proporcionar al profesional de enfermería la información necesaria (relación afectiva entre adultos mayores e hijos, lo que propicia que antepongan los intereses de los hijos a los suyos) para estar en la posibilidad de crear estrategias que fomenten y mejoren el apoyo familiar que

permita tener un envejecimiento exitoso, así como proporcionar cuidado holístico al binomio adulto mayor-familia.

III.2. OBJETIVO

Describir las experiencias del adulto mayor en la familia.

III.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir los tipos de apoyo que recibe y brinda el adulto mayor.

Describir las características de la familia del adulto mayor.

III.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las experiencias del adulto mayor acerca del apoyo que recibe y que brinda en la familia?

IV. MARCO CONCEPTUAL

IV.1. ADULTO MAYOR

Existen diversos conceptos del adulto mayor (AM) emitidos de distintas instituciones entre ellos el de la OMS hasta la Norma Oficial mexicana NOM031-SSA3-2012, sin embargo en términos generales coinciden en que es una persona de 60 años o más, y que en países desarrollados como Estados Unidos de América la edad se modifica a 65 años, sin embargo para México sigue siendo de 60 años^{8, 14, 15, 16}.

Diversos autores, clasifican al adulto mayor en cuatro categorías según su nivel de dependencia y de salud existiendo así^{17, 18, 19}:

Anciano mayor autónomo o sano: es aquel adulto mayor de 65 años, sano y sin ninguna enfermedad aguda o crónica, es independiente tanto funcionalmente como cognitivamente y la intervención del profesional de salud es la prevención.

Anciano enfermo: Es aquel adulto mayor sano que presenta alguna enfermedad aguda sin embargo no pierden su independencia, (no se ve afectado su capacidad funcional y cognitiva) y no cumple los criterios del anciano de alto riesgo de presentar dependencia.

Anciano frágil o de alto riesgo de dependencia: Es aquel adulto mayor que presenta una o varias enfermedades lo que pone en riesgo su nivel de independencia, donde su capacidad funcional se encuentra en riesgo de limitarse por diversos factores como son tener más de 80 años, o la presencia de una enfermedad crónico degenerativa, el vivir solo, haber enviudado recientemente, donde requerirá el apoyo familiar, y social.

Anciano geriátrico o dependiente: Es aquel adulto mayor que presenta una o varias enfermedades crónico degenerativas, que presenta dependencia para realizar sus actividades de la vida diaria, (autocuidado), ya que se encuentra en situaciones de repetidos reingresos hospitalarios y donde necesitan apoyo de otros frecuentemente familia (presentándose por lo regular un cuidador principal) y sociedad.

IV.2. ENVEJECIMIENTO

Existen diversos conceptos de envejecimiento, uno de ellos es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definido como “el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”²⁰.

Por su parte Alvarado lo define como “Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta, está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social”²¹.

El envejecimiento está asociado a una mayor susceptibilidad de padecer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artritis, alzhéimer), que limitan sus actividades diarias (aparición de dependencia) requiriendo la ayuda de la familia para realizar las tareas más sencillas que antes podía hacerlas sin ayuda de nadie, limitando la capacidad de adaptarse a las transformaciones que se presentan como las pérdidas (jubilación, muerte del cónyuge) ^{16,22,9}. Es por tanto, importante diferenciar el envejecimiento normal del patológico. El primero es aquel que ocurre o transita la persona sin padecer enfermedades crónicas, lo contrario al envejecimiento patológico donde existe la presencia de enfermedades²³.

El envejecimiento exitoso es cuando las personas se sienten satisfechas por adaptarse a las situaciones cambiantes de la vida. Para Blanco la definición de Envejecimiento Exitoso debe “Contemplar una visión sistemática y una perspectiva ecológica, donde indicadores subjetivos y objetivos necesitan ser considerados

dentro del contexto cultural en donde vive el sujeto con su contenido particular y sus demandas ecológicas”²⁴.

Es importante diferenciar el envejecimiento exitoso del envejecimiento activo, el cual es definido por la OMS como el proceso en el que los adultos mayores optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida mediante la actividad²⁵. El envejecimiento exitoso toma aspectos del envejecimiento activo, sin embargo son términos diferentes los cuales no se pueden utilizar indiscriminadamente. Cada uno tiene características diferentes.

El envejecimiento exitoso reconoce las características individuales como: raza, género, orientación sexual y nivel económico, así como la economía, instituciones, leyes, tecnología, transición demográfica que pueden influenciar el logro de un proceso de envejecimiento exitoso²⁶.

El modelo de envejecimiento exitoso por John Rowe y Robert Kahn en 1987 se basa en tres premisas^{27, 26}.

- Mantener las capacidades físicas y cognitivas: son aquellas como bailar caminar, mantener la mente activa y comprometida mediante juegos mentales, ajedrez, aprender un idioma nuevo. Es decir la prevención de la pérdida de memoria así como el retraso de procesos del deterioro cognitivo y funcional.
- Minimizar el riesgo de enfermedad o discapacidad: Es controlar a través de una vida saludable mediante ejercicio, comida, medicamentos, manejo de estrés ansiedad, la prevención de enfermedades, es decir mediante el estilo de vida controlar la aparición de enfermedades, no tomando en cuenta los antecedentes heredo-familiares o genéticos. .
- Continuar la relación integral con la vida: Es relacionarse con otros socialmente, mediante el contacto con asociaciones civiles, casas de día, centros de actividades culturales, etc. Mantener la espiritualidad mediante reuniones con su iglesia, religión, etc. Es decir gozar de las relaciones interpersonales que proveen apoyo emocional, instrumental.

Uno de los supuestos claves de esta teoría propuestos por Lemon, Bengston y Peterson son la frecuencia y el tipo de participación de las actividades, las cuales agrupan en tres dominios²⁸:

- ✓ Actividades sociales informales: contacto frecuente con nietos, familiares, amigos, vecinos, viajes, etc.
- ✓ Actividades sociales formales: participación frecuente en grupos de adultos mayores, tomar clases, actividades en la iglesia, club de adultos mayores, visitar enfermos, etc.
- ✓ Actividades solitarias: lectura frecuente de libros, revistas, periódicos, escuchar la radio, ver televisión, películas, etc.

Algunos de los cambios normales en el proceso de envejecimiento desde el punto anatómico fisiológico son¹⁶:

Sistema hematopoyético: Disminuye la incorporación de hierro dentro de los glóbulos rojos por eritropoyesis reducida pudiendo condicionar anemia en el paciente anciano produciendo mayor cansancio en el adulto mayor y con el tiempo al realizar cualquier tarea se agotara con mayor facilidad, provocara caídas, desmayos, requiriendo con frecuencia apoyo por los malestares presentes.

Sistema respiratorio: Afecta las funciones fisiológicas de ventilación, debilidad de la fuerza muscular de la pared torácica, las vías superiores, tráquea y los bronquios principales tienden a incrementar su diámetro, los cartílagos se calcifican y aumentan las glándulas mucosas, las vías respiratorias se cierran y colapsan cuando el anciano permanece mucho tiempo en la cama, motivo por el cual padecerá alteraciones del sueño y descanso, facilitando la debilidad durante el día por la falta de descanso, además se verá afectado su estado de ánimo¹⁶.

Sistema cardiovascular: En los grandes vasos se observa rigidez con aumento en peso y espesor por el depósito de grasa y calcio (arteriosclerosis). En vasos pequeños: rigidez, dilatación, y tortuosidad por perdida de fibras elásticas y musculares, hipertrofia ventricular izquierda por compensación para mantener el

gasto cardiaco, la aurícula izquierda aumenta su volumen en 50% entre la tercera y octava década de la vida. El sistema de conducción cardiaca se ve afectado por la disminución de células en el nodo sinusal, así como en su velocidad de conducción como marcapasos, disminución de la frecuencia cardiaca. Presencia de ondas Q que indican antiguos infartos al miocardio que se presentaron sin sintomatología conocidos como infartos silenciosos. Ocasionalmente en el adulto mayor menor oxigenación y mayor debilidad al realizar sus actividades diarias y por ende mayor cansancio durante el día²².

Sistema genitourinario: Cambios en el riñón reflejan una acumulación de AGE (Advanced Glycation end Products) en el tejido renal resultando en una relación alterada de los factores de crecimiento, citosinas y la acumulación de oxidantes y lípidos. El envejecimiento renal está regulado por factores genéticos, estrés intrínseco y los factores del ambiente externo, la hipertensión y enfermedad cardiaca aceleran el envejecimiento, en cuanto a la vejiga existe una pérdida de elasticidad vesical y fuerza muscular lo que facilita la micción frecuente (poliaquiuria), provocando vergüenza en el adulto mayor por requerir el uso de pañales cuando se encuentra presente la incontinencia urinaria, así como también depresión por la fragilidad que percibe de su cuerpo.

Cambios en la mujer: Los ovarios disminuyen su peso en la menopausia, hay fibrosis y disminuye la producción de estrógenos y progesterona, la distribución de grasa corporal tiende a concentrarse en la región de la cadera. Se favorece el riesgo cardiovascular y la osteoporosis, en la región genital hay atrofia uterina de vagina y de labios tanto mayores como menores, se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vagina lo cual favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Las mamas sufren cambios con formación fibrotica, dando el aspecto pendular al seno, promoviendo cambios físicos que tienden a disminuir la autoimagen corporal, favoreciendo la depresión por la juventud perdida.

Cambios en el hombre: A partir de los 40 años las concentraciones plasmáticas de testosterona biodisponible en los tejidos periféricos en los varones comienzan a disminuir de manera paulatina. Causando disfunción en los órganos blancos, la

espermatozoides es menos espeso y con un número mayor de anomalías de los mismos espermatozoides, el líquido seminal es menos espeso y se produce en menor cantidad, la próstata tiende a aumentar su tamaño y aumentar la frecuencia de cáncer, a nivel del pene hay esclerosis de las arterias ocasionando la disfunción eréctil al igual que en las mujeres estos cambios tienden a disminuir la autoimagen corporal, favoreciendo la depresión y cuando se presentan enfermedades como el cáncer el cuidado será provisto por los familiares dada la complejidad de la enfermedad y la debilidad ocasionada al adulto mayor²⁹.

Sistema gastrointestinal: En la boca el aparato dental se ve mermado, el epitelio de la mucosa oral se adelgaza, las encías se retraen y exponen el cemento de los dientes, se favorece la enfermedad periodontal y las caries, se altera la masticación y por consiguiente la selección de alimentos se modifica. Las papilas gustativas disminuyen, se aplanan y el sabor cambia, las glándulas salivales se modifican, en el esófago aparecen contracciones repetitivas lo cual dificulta la masticación y deglución, las contracciones esofágicas y la disminución del tono del esfínter esofágico incrementan la exposición al ácido gástrico.

En el estómago la mucosa se adelgaza, atrofia de células parietales con elevación del PH, en el intestino delgado hay aplanamiento de vellosidades que disminuyen la absorción de nutrientes y fármacos. En el intestino grueso la flacidez de la musculatura favoreciendo la aparición de divertículos en 65% de los individuos, intolerancia a la lactosa por baja producción de lactasa, aparece el estreñimiento, lo que provoca que sean modificados los hábitos alimenticios del adulto mayor, es decir cambia los alimentos que solía comer por aquellos que sean blandos y fáciles de morder y digerir, además que no ocasione pirosis y otros malestares.

Hígado: Se vuelve fibrotico con la edad, la degradación de proteínas empieza a disminuir con la edad, el flujo sanguíneo hepático disminuye 35% entre los 40 y 65 años, el dato más importante es la depuración de los fármacos cuya actividad depende de la actividad enzimática microsomal. Los fármacos consumidos como tratamiento de otras patologías y los alimentos consumidos serán degradados en menor medida, probando incomodidad o rechazo hacia ciertos alimentos y

medicamentos por parte del adulto mayor por las reacciones que presentan, además su capacidad para nutrirse se verá disminuida, ocasionando pérdida de energía y fuerza para realizar sus actividades diarias²².

Páncreas: Sufren un gran proceso de envejecimiento causando alteraciones como atrofia, infiltración de grasa y fibrosis, disminución en la tolerancia a los carbohidratos, alteración de la regulación hepática de secreción de glucosa, la tolerancia a la glucosa se reduce de manera progresiva con la edad. Al igual que con el sistema gastrointestinal y el hígado, el adulto mayor modifica sus hábitos alimenticios limitándose a alimentos que son más fáciles de digerir sin embargo no son apetecibles para el adulto mayor provocando frustración al no poder consumir lo mismo que en su juventud, pérdida de energía y fuerza para realizar sus actividades diarias.

Musculo esquelético: se presentan cambios generales como pérdida de la masa muscular, disminución de la fuerza y velocidad de contracción debido a la disminución de fibras musculares tipo II, que a su vez depende del estilo de vida como la nutrición, ejercicio, movilidad y enfermedades crónicas. En el cartílago se presenta disminución del contenido de agua, reducción en los proteinglicanos en las cadenas de condroitin sulfato, aumento en el nivel de keratin sulfato y del ácido hialurónico, se observa calcificación y reducción de la adaptación al estrés repetitivo. En el hueso existe pérdida de calcio con aumento en la reabsorción y sobre todo en la mujer hay disminución en la función de los osteoblastos, con función normal de los osteoclastos. En general existe menor cantidad de músculos y huesos por lo tanto mayor facilidad de sufrir un daño ante factores externos, así como menor movilidad y elasticidad provocando mayor cansancio al realizar las actividades de su vida diaria³⁰.

Sistema nervioso: El peso cerebral disminuye, hay mayor pérdida cortical y subcortical, el flujo cerebral declina entre el 15% y 20% de manera proporcional, se aprecia mayor pérdida en la corteza, cerebelo, hipocampo. A nivel histológico se ve una disminución de interconexiones dendríticas, con un aumento de la glía, deterioro en el número de dendritas totales y aparición de lesiones neurofibrilares.

A nivel bioquímico se aprecia una disminución en la producción de neurotransmisores lo cual se traduce clínicamente en la reducción de la capacidad de memorización, menor poder de atención y concentración, propensión a la depresión; así mismo una gran propensión a enfermedades cerebrales, se hace evidente el deterioro cognitivo conforme avanza el proceso de envejecimiento requiriendo cuidado constante por parte de la familia.

Tejido conjuntivo: Los trastornos del tejido conjuntivo o conectivo que se originan con el paso del tiempo tienen relación con los cambios que se presentan en los otros órganos, la alteración de la composición y las modificaciones de la degradación del colágeno se relacionan con los problemas osteoarticulares y la descalcificación ósea, la esclerosis vascular se conecta con un aumento en la fibrosis del colágeno y de la pérdida de la elastina, las alteraciones de la permeabilidad se enlazan con problemas renales y neuronales, generando alteraciones de la piel como fragilidad, adelgazamiento de la dermis, requiriendo mayor cuidado para realizar sus actividades diarias para evitar heridas cutáneas, problemas articulares y dolores que aumentaran conforme pasa el tiempo, además la movilidad se disminuye, volviendo lenta a la personas y requiriendo ayuda de bastones, sillas de ruedas para caminar.

Piel: El envejecimiento se acompaña de una serie de cambios en los procesos metabólicos cutáneos, el principal es la disminución en la proporción de agua en los tejidos, existen numerosos cambios pigmentarios, algunos inducidos por la luz solar, la fibra de colágeno pierde su configuración reticular para adoptar un patrón paralelo a la superficie del tegumento.

Las glándulas sudoríparas para ecrina muestra una vacuolización de las células y de modo funcional sufre un retardo en su capacidad secretora, en las glándulas apocrinas disminuye el contenido de glucógeno y se considera como un estigma de la senilidad la pérdida del olor axilar sexual. Las uñas se tornan opacas, amarillentas, se pueden engrosar de modo excesivo y su tasa de crecimiento desciende, la desaparición de la lúnula y su acentuación de las estriaciones longitudinales (onicorrexis), así como un mayor grado de fragilidad.

La hipodermis muestra una progresiva desaparición del tejido graso que en forma conjunta con los tabiques conjuntivos atrofiados, contribuye a la formación de arrugas, en apariencia condicionados por el aplanamiento de la zona divisoria demohipodermica, estos cambios ocasionaran una fragilidad cutánea permitiendo la entrada de microorganismos y bacterias al organismo, motivo por el cual el adulto mayor debe ser muy cuidadoso con las actividades que realice durante su día, evitando así infecciones, además induce a la depresión por la imagen corporal modificada.

Los cambios desde el punto psíquico:

En la esfera cognoscitiva, pérdida de la memoria, disminución del razonamiento que ocasiona un deterioro de sus capacidades funcionales y cognitivas, la capacidad de aprender, pensar, aparición de enfermedades como Alzheimer, Parkinson, Demencia etc., ocasiona que el adulto mayor reciba apoyo constante por parte de su familia.

La capacidad psicoafectiva se ven afectados con efectos en la personalidad y el afecto, la capacidad de adaptarse a las transformaciones que se presentan como las perdidas y las modificaciones del medio a lo largo de la existencia. Existiendo frustración, ira, miedo así como problemas familiares.

Desde el punto de vista social:

El adulto mayor en el pasado era visto como el abuelo conocedor, sabio, responsable, respetado y esa visión se ha ido transformando conforme han pasado los años hasta llegar al punto donde se visualiza como el viejo que requiere ayuda y apoyo para efectuar sus actividades de la vida diaria.

Desde la perspectiva psicosocial de Erikson el apoyo que brinda la familia está relacionado con ciertas actitudes que tienen los mayores. Estas se caracterizan por la “integración versus desesperación”, donde la integridad para Erikson indicaría la aceptación del ciclo vital y de las personas, así como de las decisiones que tomo a lo largo de la vida, y de la etapa que está viviendo, creando una personalidad alegre,

simpática que le gusta tener una relación afectiva buena con la familia, lo cual garantiza hasta cierto punto el apoyo familiar (evitando así los conflictos familiares)^{31, 32}.

Sin embargo cuando existe una ausencia de la integridad se presenta lo que Erikson denomina “desesperación”, donde el adulto mayor siente una desesperación por no aceptar las decisiones que tomo a lo largo de su vida y donde no es aceptado su destino futuro (la muerte), creando en el adulto mayor una personalidad amargada, enfado, ira y por ende una relación familiar conflictiva y una disminución del apoyo familiar^{31, 33}.

IV.3. ENFERMEDADES EN LA VEJEZ

Los adultos mayores padecen enfermedades durante la vejez, las enfermedades cardiovasculares y cáncer constituyen las primeras causas de muerte, así como la hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca^{34, 22}.

La hipertensión arterial aumenta con el envejecimiento, la medición en los adultos mayores debe realizarse con sumo cuidado ya que en ocasiones los sonidos no se escuchan con nitidez o existen silencios prolongados al reducir la presión del cuff, exigiendo la medición de ambas posiciones.

La cardiopatía isquémica se presenta frecuentemente en los mayores, alrededor del 85% de personas que mueren son adultos mayores, además la cardiopatía isquémica más frecuente el adulto mayor es la angina estable de pecho, arteriosclerosis, infarto cardiaco, insuficiencia cardiaca, que deben diagnosticarse y tratarse de inmediato²².

La diabetes mellitus tipo 2, la hiperglucemia crónica se encuentran presentes en el adulto mayor debido al declive natural de las células beta del páncreas a la insulino-resistencia, menor actividad física y alimentación inadecuada empeoran el pronóstico y complejizan el tratamiento.

Demencias se presentan en los adultos mayores aproximadamente un 7.1%, así como la enfermedad de Alzheimer. La prevalencia de la demencia aumenta con la

edad y cerca del 50% de las personas de más de 85 años presenta un síndrome demencial. El informe de la carga mundial de morbilidad (Global Burden Disease-OMS) indica que el Alzheimer, Demencia por cuerpos de Lewy, deterioro cognitivo vascular y otras enfermedades son las causas principales de discapacidad en años posteriores³⁴.

Estados depresivos en el adulto mayor son frecuentes y de diagnóstico difícil, las dimensiones sociales, psicológicas, ambientales y biológicas estas entrelazadas en esta patología. Los adultos mayores expresan difícilmente su sufrimiento moral, así como la falta de sensibilidad clínica por parte del profesional médico, enfermero, facilitan consecuencias a corto, mediano plazo como el suicidio. Donde el riesgo de suicidio en los adultos mayores es más importante que en jóvenes dado que 6/10 adultos mayores se suicidan, comparado con los jóvenes 1/10 se suicidan. El trastorno distímico, depresión, síndrome de COTARD, Síndrome Diogenes, los adultos mayores padecen estas enfermedades por incapacidad funcional, estrés, cambios de forma de vida, separación, duelo, el confinamiento a domicilio, la pérdida de conexión social y familiar y la pérdida del rol social³⁴.

La Artritis reumatoide se puede presentar de dos maneras principales en el adulto mayor, la primera se domina Artritis Reumatoidea de Comienzo en el Anciano 60-65 años, la cual compromete las articulaciones proximales de los hombros y cadera, manos, dígitos, se presenta aguda y con elevación de los marcadores inflamatorios, la segunda se presenta Artritis Reumática Clásica donde los pacientes presentan síntomas desde los 65 años de edad, donde el cuadro clínico es característicos de la artritis reumatoide común.

La osteoartritis degenerativa es la atropia más frecuente en la práctica geriátrica, la prevalencia de la osteoartritis aumenta con la edad, cerca del 75% de los pacientes mayores de 65 años tienen un compromiso degenerativo poli articular y es responsable de todos los replazos de rodilla 70%, de los replazos de cadera 60%. Polimialgia reumática y vasculitis, se presenta en pacientes mayores de 50 años, el 90% en mayores de 60 años, caracterizado por dolor e inflamación de las articulaciones proximales como hombros, cadera, cuello y columna vertebral.

Artropatías por cristales: este grupo de artritis inflamatorias incluye la gota, producida por depósitos intra articulares de ácido úrico y la pseudogota causada por cristales de profosfato de calcio. Presentándose como artritis inflamatoria monoarticular que compromete los miembros inferiores y la primer articulación metatarsofalángica³⁴.

Osteoporosis: el declive o pérdida del 0.3-0.5% anual, en las mujeres postmenopausicas la perdida exponencialmente a 3-5% anual por unos 5-7 años, se presenta comúnmente a través de fracturas después de traumas leves o moderados, su diagnóstico debe ser temprano para iniciar el tratamiento lo antes posibles y así evitar fracturas y traumas que produzcan consecuencias.

Lupus y otras enfermedades del tejido conectivo: el lupus tardío comienza aproximadamente entre los 50-55 años, la presentación clínica varia a medida que aumenta la edad de los pacientes. Las miopatías infamatorias son el grupo más común de enfermedades musculares primarias en la población geriátrica, incluyendo la dermatomiositis, polimiositis y la miopatía por cuerpos de inclusión estas entidades se presentan con debilidad progresiva y elevación de las enzimas musculares. Fibromialgia existe dolor generalizado crónico acompañado con puntos dolorosos a la palpación de tejidos blandos²².

La anemia es el trastorno hematológico más frecuente en este grupo, se estima que un 30% de los pacientes ambulatorios y un 50% hospitalizados padecen esta enfermedad. Las anemias se constituyen un problema de salud de gran magnitud por su inclusión en inmovilidad, caídas, y deterioro cognitivo. Las causas de la anemia en los ancianos son controvertidas, se encuentra la alteración en la producción y respuesta a la eritropoyetina, disminución de las células precursoras eritroides, aumento de las citokinas proinflamatorias, etc.

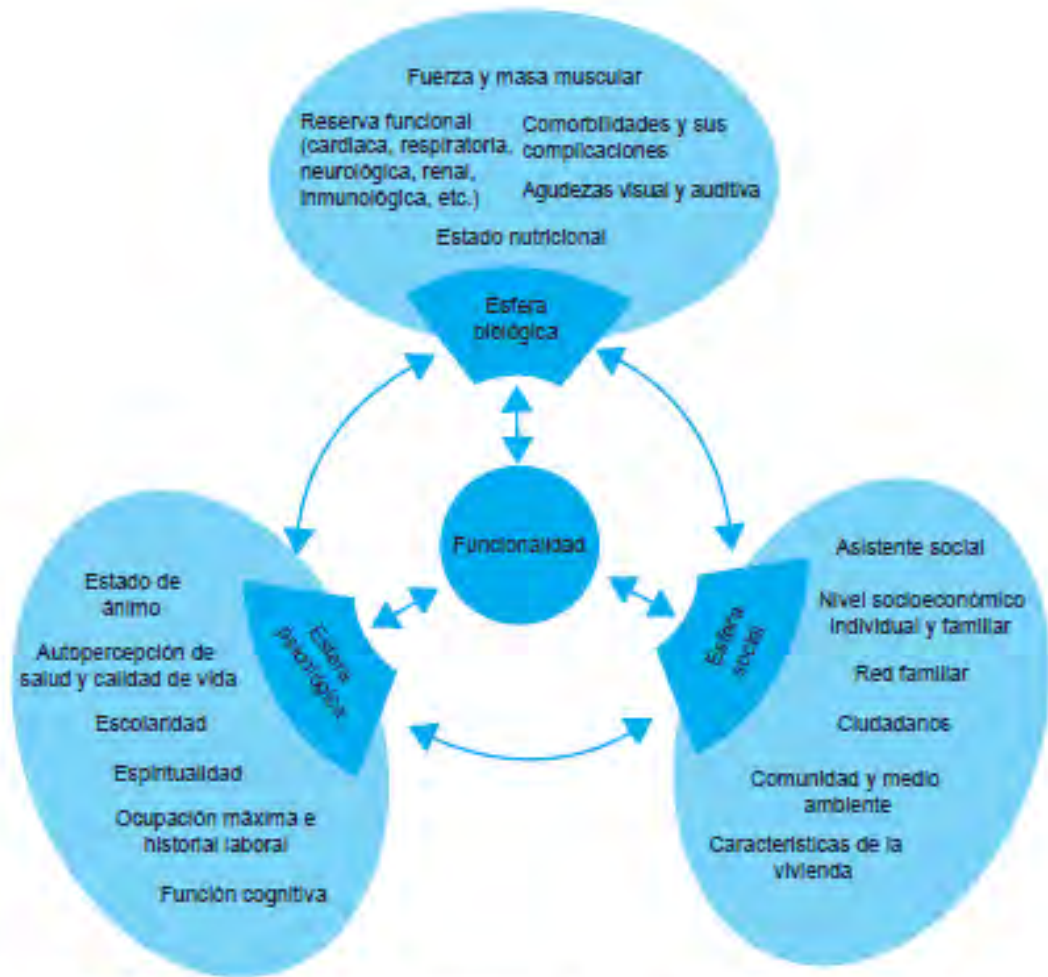
Las enfermedades que se desarrollen durante el envejecimiento limitaran la capacidad funcional y cognitiva de los adultos mayores, volviéndose personas dependientes.

IV.4. CAPACIDAD FUNCIONAL

Es la facultad de ejecutar las acciones que componen a nuestro quehacer diario de manera autónoma, para poder satisfacer las necesidades dentro y fuera del domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo^{30,35}.

En la figura 1.1 se esquematiza la interrelación entre cada una de las esferas implicadas en el mantenimiento de la funcionalidad en los adultos mayores. Cada una de ellas puede afectar positiva o negativamente la funcionalidad de un individuo, sin embargo el deterioro en una esfera puede ser compensado o agravado por las otras.

Es así, que una limitación en la fuerza muscular o en la reserva cardiovascular en un adulto mayor, puede ser agravada por un estado depresivo, pero puede ser compensado por un medio libre de barreras ambientales y el uso de auxiliares que permitan realizar sus actividades de forma independiente, los cuales no podrían ser adquiridos si no se cuenta con los recursos económicos propios o facilitados por sus familiares.



Fuente: Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez M. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 72(1): 11-16. Disponible en: <http://bit.ly/2jSGyH3>.

La evaluación funcional del adulto mayor es extensa y compleja, ya que abarca la evaluación del desempeño en las actividades de la vida diaria, la movilidad, marcha y equilibrio, funciones cognoscitivas, estado de ánimo, el estado nutricional y las redes familiares y sociales entre otras.

Además está asociada a la mejoría de la supervivencia, menor número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, por otra parte la independencia en

las actividades de la vida diaria y la movilidad están asociadas con una buena autopercepción de calidad de vida y salud en los adultos mayores³⁰.

Cuando la capacidad funcional se encuentra comprometida se valora en qué nivel de dependencia se encuentra el adulto mayor, para identificar su grado de independencia.

Para determinar el nivel de dependencia se utilizan diversas escalas como son el Índice de Katz escala Índice de Barthel para valorar la independencia respecto a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que evalúan funciones básicas como baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, categorizando cada nivel en dependencia leve, moderada y severa³⁶.

- Se considera a una persona dependiente leve, a aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad.
- Dependiente moderado a aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
- Dependiente severo a aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

La clasificación del nivel de dependencia, permite conocer la capacidad funcional del adulto mayor, en la primera categoría de “anciano mayor y autónomo o sano”, es donde inicia socialmente el proceso de envejecimiento al ser representada por un número 60-65 años, también llamada edad cronológica (representa lo mayor que es una persona) marca el inicio del declive de la persona¹². Stuart-Hamilton refiere que el proceso de envejecimiento se va dando de manera progresiva acentuándose más en esta edad de 60 años, por el inicio de los cambios físicos que se presentan los cuales limitarán la capacidad de autonomía del adulto mayor y a la par activando la red de apoyo informal (familia, amigos, vecinos) ³⁷. Merino refiere que es un proceso individual, donde no se puede homogenizar a la población, por ser variable^{38,39}. Sin embargo el proceso de envejecimiento (aproximadamente 60 años)

es muy temido por la sociedad al considerar que los mayores requieren ayuda para realizar cualquier tarea sencilla, porque presupone una serie de cambios sociales y de roles, laboral, familiar generalmente negativos³⁹.

Lin Yin citada en Estrada, refiere que en México las familias principalmente los integrantes más jóvenes tienden a ignorar al mayor, negarlo inclusive abandonarlo por no tener la paciencia requerida para sus cuidados y por no comprender los cambios que está cursando en el proceso de envejecimiento⁴⁰.

El deterioro de algunos o varios de los sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) provocan un deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc. que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, como lo son comer, vestirse, arreglarse, ir al baño, subir y bajar escaleras, entre otras. Es por todo lo anterior que la familia es un punto de apoyo muy importante para el que adulto mayor pueda satisfacer sus necesidades.

IV.5. LA FAMILIA

La familia representa una red de apoyo importante para el adulto mayor, Belsky, Estrada y Montes de Oca concuerdan en que es un constructo social donde las personas se desarrollan desde su nacimiento hasta su fallecimiento, que tiene valores sociales, religiosos, Díaz en Reyes menciona que está integrada por dos o más personas emparentados entre sí por lazos de consanguineidad (padres, hijos, hermanos) ^{41,40,12,42}.

Amaya citada en Pérez indica que la familia está constituida por un grupo de individuos siendo estos hombres, mujeres, niños, adolescentes cuyo rango de edades pueden extenderse dos o más generaciones; donde las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier otro grupo social, además también características que las distinguen: como son el lenguaje, la clase social, el ingreso económico, la educación y tiene la función de satisfacer las necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja, la procreación y la crianza de los hijos⁴³.

Además de que tiene la finalidad de satisfacer todas las necesidades de los integrantes de ésta, con lo cual, les brinda seguridad y confianza desarrollando así un alto estima por sí mismos. Montes de Oca refiere que actualmente existen familias nucleares (papá, mamá, hijos), familias unipersonales (una persona), familias extensas (papá, mamá, hijos, tíos, sobrinos), además García menciona que dependerá del tipo de familia el trato que se le brinde al adulto mayor, y por ende la calidad de vida, por lo regular se describen tres tipos de familias^{44,45}.

- a) **Familia nuclear:** presencia de hasta dos generaciones -padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- b) **Familia extensa o extendida:** presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- c) **Familia mixta o ampliada:** cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

También se denomina familia multigeneracional aquella en la cual conviven más de dos generaciones como por ejemplo la trigeneracional y cuatrigeneracional. Si solo conviven dos generaciones es bigeneracional⁴⁶.

Al existir nuevas familias como aquellas que solo tienen un padre o madre comúnmente llamada familia monoparental, o donde ambos padres son de un solo sexo, ha provocado un cambio en su clasificación y estructura. Por lo tanto las nuevas familias se han instaurado en la sociedad para consolidarse e institucionalizarse, teniendo características diferentes de las tradicionales que actualmente su número ha disminuido⁴⁷.

Existe una gran cantidad de características que permiten denominar a las nuevas familias.

1. **Extensión cuantitativa:** Estas familias se distinguen de las tradicionales por su cantidad numérica al ser mayor que las anteriores, actualmente son más extendidas en integrantes siendo esta una nueva característica.

2. **Extensión social:** Estas formas existían desde antes pero no era reconocidas, además no existen limitaciones para incluir o excluir a un integrante por clase social o edad.
3. **Diversidad de ciclos vitales:** Al presentarse nuevas formas los ciclos vitales tradicionales fijos desaparecen y se permite la apertura de casi infinitas posibilidades en la configuración de ciclos vitales para todos los agentes sociales.
4. **Concepción viable:** Estas nuevas formas se presentan como fragmentos de otras familias disueltas o residuales, son familias factibles, permanentes y viables para establecer una relación y una familia.
5. **Publicidad:** Las nuevas familias requieren legitimarse para su aceptación y consolidación por parte de la sociedad.
6. **Reconocimiento y legitimación:** Las nuevas familias reclaman derechos y deberes igualitarios para todas las familias mediante su legalización y legitimación para garantizar su futuro.
7. **Origen:** Estas nuevas familias decidieron formar este tipo de relación a diferencia de las tradicionales que era por causa o circunstancias externas como la muerte de una pareja.

Por las características que se presentan en las familias se crea una nueva clasificación de las familias actuales, siendo las principales, las siguientes:

1. Familia monoparental

Los orígenes de las familias monoparentales pueden ser diversos: el divorcio o la separación de la pareja, la viudedad y soltería, estando compuestas en la mayoría de los casos por grupos familiares por la madre y los hijos. Los problemas más comunes que se suele encontrar en este tipo de familias suelen ser: problemas económicos, de alardes por sentirse excesivamente cargado de responsabilidad del progenitor que está al frente, existen dificultades a la hora de poner ocupada a la familia, dificultades de emancipación de los hijos, problema de conductas en los hijos, etc. ⁴⁷.

La familia monoparental resulta más afectada por el entorno, por las relaciones intrafamiliares, críticas de vecinos y demás familiares, es necesario destacar que las familias con ambos padres enfrentados en peleas interminables o con padres ausentes pueden ser más problemáticas, las actitudes y condiciones de la escuela, trabajo, sociedad repercuten con más intensidad dentro del hogar. Los padres y madres tienen a desarrollar amistades que a la vez sociales que también son utilitarias. Los hijos suelen estar más enterados de las condiciones de trabajo de su progenitor y reaccionan sobre el funcionamiento de la familia sobre la sensación del bienestar del mismo.

Asimismo, las tareas familiares se establecen en relación con las necesidades reales, y no preconcebidas: son tareas que realmente necesitan realizarse, en lugar de tareas asignadas, se dan otras para enseñarle al hijo como se hacen. Es un solo adulto el principal responsable de conservar un día a la familia, cuidar a sus miembros y mantener el orden, aunque en ocasiones se relacionen como compañeros.

2. Familia de tres generaciones

En este tipo de familia existe una organización de apoyo: es decir, los abuelos siguen ayudando a la economía familiar, también existe una cooperación en las tareas familiares, con esto, ellos se tienden a sentir importantes, en caso contrario se sentirán rechazados e inútiles.

El niño no entiende quien tiene poder, pues está inmerso en un ambiente de continuos choques de poder entre padres y abuelos. El niño se convierte en aliados de uno de los dos lados (padres y/o abuelos), según el que más le convenga a sus necesidades. No existen las fronteras establecidas, como la familia nuclear.

Aunque los roles de poder generan problemas, pues el abuelo interfiere en los problemas de aprendizaje, pues existe una ruptura de normas. La función parental es todo. No hay normas y reglas totalmente establecidas para el niño. Estas

acciones hacen que el niño se convierta en un niño manipulador porque cuando logra conocer que los roles de poder pueden ser manipulados, él también quiere tenerlo.

3. Familia de soporte

En este tipo de familia, se delega autoridad de los hijos mayores. La madre se desgasta, pues ella nunca puede ser la misma. Se delega autoridad a los hijos más grandes, para que cuiden a los hermanos más pequeños. Por lo tanto, los hijos mayores asumen una responsabilidad en la que no están preparados. Cuando esto sucede, se promueven habilidades ejecutivas, con esto, el niño se siente excluido de los demás hermanos, ya que es en los hermanos mayores en quienes se centra el poder.

4. Familia acordeón

Uno de los padres permanece alejado de la familia, por periodos largos, la encargada de la familia es la madre, aunque no se le observa como proveedor económico, ella tiene la carga económica del hogar y los hijos. El padre que queda en el hogar, asume la responsabilidad del que se va. Este padre engrandece los problemas, cuando esté harto de la situación, dirigirá la cólera contra los hijos, cuando uno de los padres se va, quedó un sentido de abandono y desprotección. El hijo mayor es el encargado de proteger, de cuidar la casa y quién los padres se cercioran de que no encuentre pretendiente. Los niños facilitan la separación de los padres, pero cuando el padre regresa, no lo ven como un intruso, le hacen creer que se va de la casa por su propio bien.

Los hijos aprenden a que es mejor que el padre esté fuera de casa y comparan: padre bueno y madre mala, se acentúa divorcio y este se justifica porque el padre no regresa, lo que hace que los niños se repriman. Cada vez que el padre se va, el niño lo experimenta como la muerte del padre, pues el niño experimenta la muerte de algo de su interior, muere una parte de su yo.

5. Familias cambiantes

Este tipo de familia se cambia constantemente de domicilio, esto es un fastidio para la construcción de la personalidad de los hijos, pues no se puede afianzar ni construir el Yo, se hace necesario por lo menos pasar 21 años en el mismo domicilio, para que pueda experimentar la intimidad familiar y de su dormitorio. Los hijos de este tipo de familia experimentan pérdida de sistemas de apoyo, familiares o comunitarios, como consecuencia la familia queda aislada, ya no hace amigos, ni vínculos. El niño puede presentar disfuncionalidades escolares y sociales. Cada cambio de domicilio, implica crisis para el niño. Como consecuencia la personalidad del niño es inestable. El niño puede ser reactivo o poco reactivo, agresivo, impulsivo, enojado, rebelde o apático.

6. Familias huéspedes

En este tipo de Familia, el nuevo integrante puede ser un niño, adulto mayor llega una familia temporalmente, es decir que llega como huésped. No existe apego de parte del nuevo integrante hacia la familia ya que si lo hace sentirá una pérdida emocional cuando deba de regresar de donde vino. Es importante resaltar que cuando el nuevo integrante llega tiene un período de adaptación o de desestabilización emocional.

La familia en donde entra el nuevo integrante, tiene sus problemas, por lo tanto, la familia entra en crisis ante el huésped, cuando esto sucede el nuevo integrante piensa que llega a usurpar algún lugar, esto sucede cuando el cónyuge no lo acepta, pero cuando lo acepta, le da un trato especial, por lo que la pareja e hijos tienen celos del huésped. Si los dos cónyuges lo aceptan, se crea crisis y problemas con los demás hermanos. Ahora bien, si el huésped cambia constantemente de familia no llega a establecer vínculos emocionales duraderos y profundos de por vida.

7. Familias con un fantasma

Este tipo de Familia ha sufrido muerte, deserción de uno de sus miembros o con un duelo mayor de tres meses, esto causa enojo en uno de los miembros de la familia

y lo repetirá porque siente culpabilidad. A pesar de esto, si asume la función de la persona faltante pueden sentirlo como deslealtad a su memoria (particularmente esto sucede en un Duelo no resuelto).

El hijo vivo se siente culpable, encubierto dependiendo de aquel que falleció más de los que están vivos. El desarrolla rencor, y resentimiento por el pasado (Mecanismos de represión). Además sufre una desestabilización familiar y social en sus emociones y recuerdos. Con el primer duelo de la madre, el hijo se pone triste cuando el padre está cerca aunque él ya lo haya “superado”.

La familia es el núcleo donde el adulto mayor se sentirá apoyado y querido por todos los integrantes y donde su finalidad es satisfacer sus necesidades mediante el apoyo continuo.

IV.6. APOYO FAMILIAR

Montes de Oca, Navarro, Perlado, Pelcastre-Villafuerte y Arroyo refieren que el apoyo familiar es de suma importancia en la vejez avanzada ya que el adulto mayor presenta regularmente un nivel de dependencia mayor, debido a los cambios anatomo-fisiológicos y la aparición de distintas enfermedades, lo que deja al adulto mayor vulnerable al ser incapaz de cubrir por sí mismo ese cuidado^{48, 49, 29, 13, 11}. Además Canga A y cols. Refieren que cerca del 85% de los mayores que reciben apoyo es provisto por un cuidador principal generalmente mujeres⁵⁰.

Navarro define el apoyo familiar (retomando conceptos del apoyo social), como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la familia⁴⁹. Navarro y Perlado refieren que este apoyo familiar es brindado principalmente por el cónyuge e hijos, se clasifica en dos categorías^{29, 51}:

- Apoyo instrumental
- Apoyo psicológico

Donde el apoyo instrumental incluye el apoyo económico poco brindado, de vivienda, alimenticio, pago de servicios (agua, luz, gas, teléfono), vestido, gastos

médicos (privados o públicos, consultas, hospitalizaciones) y el psicológico (o llamado también expresivo por Perlado) incluye todos los aspectos emocionales como el acompañamiento, convivencia diaria, autoestima alta, afecto, seguridad, lazos afectivos fuertes, muy valorado por el adulto mayor^{12, 29, 52}.

Montes de Oca refiere que el apoyo instrumental, generalmente se va debilitando conforme aparece una enfermedad crónica¹² ya que las familias no pueden solventar los gastos de medicamentos, con lo cual Pelcastre-Villafuerte refiere que ante esta situación las familias optan por ingresar a sus mayores en asilos públicos para que sean atendidos³⁷. Sin embargo Blenkner refiere que en la cultura mexicana es visto de manera negativa este ingreso ya que se tiene la firme creencia de que son abandonados los mayores al no querer hacerse cargo de su cuidado^{13, 31}.

En cuanto al apoyo psicológico éste dependerá de la relación afectiva que tenga el mayor con la familia, sobre todo con los hijos, destacando sentimientos de amor y afecto por parte de los hijos hacia el mayor, en primera instancia y posteriormente de responsabilidad y auto exigencia además González refiere que el adulto mayor al vivir con sus hijos generalmente tendrá sentimiento de temor a ser abandonado, rechazado y comenzando a considerarse una “carga o estorbo” para la familia, llegando a caer en depresión y por ende aislamiento de la familia y una disminución del apoyo psicológico^{35, 31}.

Además Montes de Oca menciona que el apoyo a los adultos mayores por parte de la familia varía según el género, ya que las mujeres al tener un rol de cuidado de los hijos crean un lazo mayor (afectivamente) lo que garantiza hasta cierto punto un apoyo familiar para su vejez, mientras que los hombres al tener que trabajar para mantener a su familia viven una vejez en compañía del cónyuge (sin desarrollar lazos afectivos fuertes con los hijos), en ambos casos la vejez es vista y vivida desde sus roles anteriores (rol de padres) ³⁷.

Montes de oca refiere que la familia además de tener un papel protector para el mayor este es limitado por ciertas características de él (condiciones de salud, características económicas, y el perfil del hogar familiar) y que la transformación del

tamaño de las familias modifica el apoyo que recibe el mayor, ya que actualmente existen familias extensas, nucleares y unipersonales (con distintos valores y pensamientos) ¹².

Se ha observado que adultos mayores que viven con familiares experimentan conflictos familiares que obstaculizan el apoyo recibido, buscando el apoyo en otras personas como es el caso de amigos, vecinos reemplazando así el apoyo y cariño de hijos y esposos, los amigos constituyen grandes vínculos emocionales establecidos por intereses comunes y actividades compartidas, además de ser un refuerzo del apoyo familiar que se brinda fuera del hogar, sin embargo este apoyo tiene una limitante en el aspecto económico (es muy poco brindado) ^{53, 12} .

Es importante mencionar que existen efectos negativos del apoyo recibido como son las conductas inadecuadas de la familia ya que no fomentan la comunicación abierta y se suele tratar de conductas que culturalmente se consideran de apoyo pero son inútiles para el adulto mayor como el tratar de distraerle cuando tiene una preocupación o una complicación de alguna enfermedad, ocasionando que evada el problema en lugar de tomar medidas benéficas para el futuro, el realizar todas las actividades por ellos cuando tienen una disminución de su capacidad funcional provoca que se sientan inútiles, además de que las consideran una trivialización de su problema y le hacen sentirse más solo⁵⁴.

Sin embargo también existen efectos positivos como el sentirse acompañado, cuando tienen que acudir a una cita médica sobre todo cuando atraviesa una enfermedad, Sluzki refiere que se reduce el estrés en presencia de un familiar, es decir los adultos mayores controlan sus miedos y temores cuando están en compañía de un familiar, al sentirse seguros y acompañados, además la red familiar favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobrevivida como son una rutina de dieta y ejercicios, de adhesión al régimen medicamentoso y al sueño⁵⁵.

Por lo tanto la red de apoyo familiar es factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de

compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad^{56, 31}.

Sin embargo la ayuda que reciben los mayores por parte de sus hijos es por conveniencia donde ellos esperan recibir favores a cambio del apoyo brindado (cocinar, lavar, ir al colegio por los nietos), resultando así una ayuda mutua, donde los mayores son vistos de una manera no grata por parte de los familiares (pero que pueden apoyarlos cuando lo necesiten), y donde las mayores mujeres son quienes mayor apoyo brindan a otros miembros de la familia (más vulnerables: niños)¹².

IV.7. EXPERIENCIA

Edmund Husserl refiere que la experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica, además toda experiencia tiene un saber y un con saber respecto precisamente de ese objeto, es decir, de lo que es peculiar a él y que todavía no ha aparecido ante su vista⁵⁷.

La experiencia al encontrar más y más determinaciones de la conciencia a medida que la vive, puede conformar un encadenamiento explicativo de vivencias sobre la misma conciencia, unidas por supuesto en una sola experiencia ilimitada^{58, 59}.

Por lo que la experiencia del adulto mayor en la familia es de suma importancia para comprender el ¿Por qué? El adulto mayor no planea su futuro, ¿Cuáles? Son las razones para ayudar en todo a sus hijos aunque implique anteponer sus necesidades a las propias.

V.METODOLOGÍA

V.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio de abordaje cualitativo, de tipo fenomenológico. Este permite realizar descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos⁶⁰. La metodología cualitativa estudia a la persona en su contexto, lo que permite conocerla en lo personal, es decir, lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad⁶¹.

Por su parte, la fenomenología busca las esencias universales así como sus estructuras y sus relaciones basadas en la reducción eidética, su objetivo es describir el significado de una experiencia a partir de la visión del mundo de quien la ha experimentado y como resultado le adjudica un significado^{61, 62}.

En este sentido un estudio cualitativo fenomenológico permite comprender y profundizar como el adulto mayor experimenta y vive el apoyo familiar en su vida cotidiana.

V.2 CONTEXTO DEL ESTUDIO

La delegación Iztapalapa se localiza en la Ciudad de México, colinda al norte con Iztacalco, al poniente con las delegaciones Benito Juárez y Coyoacán, al sur con Tláhuac y Xochimilco y en la región del este con los municipios Nezahualcóyotl, La Paz y Valle de Chalco Solidaridad en el Estado de México. El total de personas que viven en Iztapalapa es de 1, 815,59, de acuerdo con los resultados del Censo General de Población y Vivienda 2010 generado por el INEGI de los cuales, el 48.52% (880,998 habitantes) estaba constituido por hombres y el restante 51.48% (934,788 habitantes) por mujeres⁶³.

La delegación Iztapalapa tuvo en el 2010 un total de 441, 334 viviendas particulares, de las cuales el 78% es propia, el 14% son departamentos y el 4% son vecindades, el resto de porcentaje (4%) son cuartos de azotea; locales no construidos para

habitar y viviendas móviles⁶⁴. La economía se encuentra dividida; el sector primario que se encuentra muy poco desarrollado por trabajar en la agricultura y ganadería, el sector secundario cuenta con algunas empresas e industrias, por su parte el sector terciario es el más desarrollado existiendo, tianguis, tiendas, zonas de abastos, puestos móviles, asimismo el sector informal va en aumento, cerca del 48% de la población labora en casa, el 39% representa a los estudiantes, el 8% son personas jubiladas, mientras que el 4% son personas que realizan otras actividades y el restante porcentaje es incapacitada^{63, 64}.

En cuanto a la educación, del total de la población el 22% tiene escolaridad preescolar, 22% tienen primaria, el 19% son de nivel secundaria, mientras que el 14% son de nivel medio superior y finalmente el 23% son de un nivel profesional técnico⁶³.

La colonia San Miguel Teotongo está constituida por zonas semiurbanas, la mayoría de las calles se encuentran pavimentadas, sin embargo se encuentran muy contaminadas con basura y fauna nociva. El parque Alameda se encuentra ubicado en el centro de la colonia, se puede llegar con facilidad por transporte público. El parque se encuentra descuidado, los arbustos son grandes y existe basura tirada en el suelo, sin embargo se aprecia que es un lugar seguro, muchas personas: niños, jóvenes, adultos mayores y familias completas asisten a todas horas para caminar, pasear a los perros, los niños para jugar a la pelota y los adultos mayores para platicar con otras personas por lo que generalmente tienen su domicilio cerca.

Las características de las casas aledañas al parque son de un nivel bajo. Específicamente, las casas de las personas mayores participantes: estructura sencilla, paredes y techo de concreto, cuentan con todos los servicios públicos (agua, luz, teléfono y gas); con un baño, sala, cocina y tres habitaciones; no tienen refrigerador ni microondas, solo cuentan con estufa, y licuadora.

V.3. PARTICIPANTES

Para identificar al primer caso se seleccionó a un adulto mayor funcional e independiente, para confirmar dicha situación se aplicarán dos escalas. La primera,

es el índice de Barthel que valora la capacidad funcional del adulto mayor para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y la segunda es el Minimental State Examination (MMSE) el cual valora el estado cognitivo, este con la finalidad de obtener información confiable y válida. Posteriormente se acudió al domicilio para realizar entrevistas a profundidad tanto al adulto mayor como a los demás integrantes de la familia con lo que se identificó que el adulto mayor brinda apoyo a la familia en lugar de que la familia brinde apoyo al adulto mayor por lo que para confirmar dicha situación en un segundo momento se decidió seleccionar a otro caso con características similares al primero. Es entonces que para el segundo caso se contactó a una pareja de adultos mayores que fungieran como cuidadores de sus nietos. Para ambos casos se requirió que el adulto mayor se encontrará en el parque Alameda de la delegación Iztapalapa y que su domicilio estuviera en la zona aledaña.

En el caso 1, se entrevistó al adulto mayor mujer de 64 años (C1 AM-Ángeles), a su segunda hija (C1 H-Rubí), y a las dos nietas mayores, primera nieta (C1 N-Susana), segunda nieta (C1 N-Ana). Que son las personas que mayor convivencia e interacción tienen con el adulto mayor y por ser las personas que habitan en la misma casa su vínculo emocional es estrecho, la primera hija (C1 H-Citlalli) no accedió a participar en el estudio y el tercer hijo (C1 H-Alan) solo convive con el adulto mayor ocasionalmente, mientras que el permiso para realizar la entrevista de la tercera nieta fue negado por su madre debido a su corta edad.

En el caso 2, se entrevistó a la pareja de adultos mayores, comenzando por la mujer (C2 AM- Rosa), el hombre (C2 AM-Marco), y la tercera hija (C2 H-Judith), por la gran cercanía y convivencia diaria que existe entre ellos, además por el apoyo que se brindan. Los hijos restantes no se entrevistaron por dos razones importantes, el primer hijo (C2 H-Juan) y su familia no residen en México y el segundo hijo (C2 H-Felipe) y su familia no accedieron a que se les entrevistara por tener disputas entre ellos mismos y con los adultos mayores. Y el esposo de la tercera hija (C2 H-Judith) no se entrevistó por las largas jornadas laborales que tiene, mientras que su hijo (3Nieto₁), por ser un lactante no se realizó la entrevista.

Caso 1

La AM-Ángeles participante, mujer viuda, de 63 años independiente, no presenta ninguna enfermedad solo refiere dolor pulmonar tratándose con insectos los cuales come vivos y con medicinas herbolarias, no cuenta con seguro (IMSS o ISSSTE), ni con seguro popular. Su domicilio se encuentra ubicado sobre una colina, las calles aledañas se encuentran pavimentadas sin embargo existe mucha basura tirada. Su casa está construida de concreto, cuenta con dos habitaciones en el primer piso, una recamara, baño, sala y cocina en la planta baja, no tiene muebles en la sala solo sillas de plástico y una mesa también de plástico, en la cocina solo cuenta con la estufa y licuadora, no tiene refrigerado puesto que no lo considera necesario, en la entrada tiene costales con latas de refresco las cuales junta para posteriormente vender.

Cuenta con ingresos mensuales por renta de dos casas en el estado de México. Tiene tres hijos, con la primer hija C1 H-Citlalli la relación es conflictiva, quien vivía hace poco tiempo en la casa del adulto mayor sin embargo a raíz de los conflictos decidió rentar una habitación a su tía que se encuentra atrás de la propiedad del adulto mayor dejando el cuidado de sus hijas a la adulta mayor. La segunda hija C1 H-Rubí es con la que tiene la relación más cercana y es parte fundamental para el cuidado que le brindan a las nietas y el apoyo que recibe el adulto mayor. Y con el tercer hijo C1 H-Alan la comunicación es solo a través de llamadas telefónicas y visitas esporádicas.

Hace tres años, al fallecer su esposo y no tener un testamento, los hermanos del finado se encuentran peleando legalmente una propiedad ubicada cerca del metro Puebla con la viuda (adulta mayor) motivo por el cual, tiene una relación entre armónica y conflictiva. Hace tiempo cedió la mitad de su terreno a un hermano para que construyeran su casa al lado, otro hermano vendió ilegalmente una propiedad de la adulta mayor ubicada en Chimalhuacán. Después de un proceso legal largo el juez fallo en favor de la adulta mayor devolviéndole la posesión de la casa; es por

ello que la adulto mayor considera que su relación con sus hermanos es armónica y muy pocas veces conflictiva pero no considera que tiene la confianza, amor y cercanía con ellos.

Caso 2

Pareja de adultos mayores, ambos de 64 años, poseen una pensión por parte del IMSS de aproximadamente \$2,000 mensuales, además rentan una propiedad cercana a su hogar en \$1,200 aproximadamente. El primer adulto mayor C2 AM-Rosa presenta resequedad ocular, que se trata con gotas de manzanilla, también presenta gonartrosis en ambas rodillas, ocasionando dolor intenso y dificultad para caminar en miembro pélvico derecho. Cuenta con IMSS, para su tratamiento le indicaron paracetamol, que habite en un lugar plano y una operación. Los adultos mayores rechazaron la cirugía, ya que no cuentan con dinero para cambiarse de residencia. El segundo adulto mayor C2 AM-Marco posee una desviación de los discos de la columna vertebral ocasionando temblores del lado izquierdo así como dolor, además tiene inflamación de la próstata la cual está siendo tratada con un médico particular.

Su casa está ubicada sobre una bajada y las calles aledañas se encuentran sin pavimentar, lo que dificulta a C2 AM-Rosa caminar y salir de su casa. La casa está construida con concreto, es de un solo nivel y cuenta con dos recamaras, una sala, cocina y baño. La sala tiene un comedor, la cocina tiene estufa, refrigerador y la tarja dentro. Además, cuentan con un patio mediano en el cual cosechan calabazas.

Tienen tres hijos. El primero C2 H-Juan vive en Estados Unidos, la relación solo es por llamadas telefónicas, por lo que no existe una convivencia presencial entre las dos familias, solo han convivido presencialmente con los nietos en dos ocasiones en 15 años es por ello que la relación es un poco alejada lo que no les ha permitido crear vínculos emocionales estrechos. Con el segundo hijo C2 H-Felipe existe un conflicto a raíz de una infidelidad, lo que ocasiono la disolución de su matrimonio. Actualmente, no desea legalizar el divorcio con su esposa aún cuando él vive con su pareja actual, provocando conflictos entre la esposa y los adultos mayores, por

las decisiones que toma su hijo, así como el alejamiento de los nietos a los abuelos a pesar de vivir al lado. Por lo que en un inicio fue una relación conflictiva, alejada y emocionalmente desgastante, sin embargo actualmente existe un acercamiento entre los adultos mayores y C2 H-Felipe permitiéndoles reforzar sus lazos emocionales, sin embargo con su nuera la relación aún es conflictiva y alejada, ella vive con los nietos motivo por el cual los adultos mayores no pueden socializar con ellos dado que la cuñada prohibió la comunicación entre ambos. Con la tercera hija es con quién tienen una relación más cercana y armónica, su vínculo emocional es estrecho e importante para ambas partes, puesto que conviven diario y bastantes horas al día a pesar de vivir en casas diferentes pero cercanas de distancia (a una cuadra), es importante señalar que ambas casas son propiedad de los adultos mayores, su acercamiento se dio por ser los adultos mayores encargado del cuidado de su nieto.

El perfil detallado de los casos se puede observar en la tabla 1 y 2.

V.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Se acudió al domicilio del adulto mayor en diversas ocasiones aproximadamente en un periodo de 6 meses y una vez ahí se buscó el lugar ideal para realizar la entrevista a profundidad, respetando la privacidad e intimidad de cada uno de los integrantes de la familia que vivían bajo el mismo techo del adulto mayor.

Las entrevistas del Caso 1 fueron realizadas en la sala, por un periodo aproximadamente de hora y media, mientras se realizaban los demás miembros de la familia se retiraron para permitir que el participante entrevistado se expresara abiertamente, es decir, a cada miembro de la familia se le entrevisto de manera individual. Las entrevistas del Caso 2 fueron realizadas en dos sitios diferentes, la hija prefirió que se le entrevistara en la recamara para que no la escucharan los demás miembros de la familia, los dos adultos mayores prefirieron la sala sin embargo ellos no pidieron que se retiraran los demás integrantes de la familia, por lo regular siempre estuvieron presentes los dos adultos mayores y la hija. Cada entrevista tuvo una duración aproximadamente de una hora y quince minutos.

Las entrevistas fueron realizadas una por cada visita, esto con la finalidad de facilitar las anotaciones e impresiones recabadas durante la entrevista en la bitácora. Previamente se les dio a conocer los objetivos del estudio y principios éticos de confidencialidad, respeto y privacidad, además de recalcarles que podrían dejar el estudio en el momento que quisieran sin que existieran repercusiones y finalmente se les dio a firmar el consentimiento informado, comunicando que sus nombres serían cambiados para su publicación.

La técnica de entrevista a profundidad se utilizó para obtener información sobre el fenómeno de estudio y a partir de este se establecieron una lista de temas en relación con los que se focalizó para obtener los datos ocultos. Con esta técnica se logró acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, y la vida del adulto mayor y su familia⁶⁵. Por otra parte para garantizar la fidelidad de los discursos, se grabaron las entrevistas para su posterior análisis.

La técnica de observación participante se utilizó para aprender las creencias y comportamientos de ambos casos. Para el Caso 1, se llevó a cabo durante los primeros dos meses. Antes de que se realizarán las entrevistas, se acudió al domicilio del adulto mayor durante ocho visitas con un periodo de tiempo aproximado de seis horas en cada visita, generalmente fueron en los fines de semana cuando todos o la mayoría de los integrantes de la familia se encontraban en el hogar. Para el Caso 2, las visitas se realizaron en domingo, igual que en el caso 1 fueron ocho visitas antes de iniciar las entrevistas a profundidad, con un periodo de tiempo aproximado de cuatro a cuatro horas y medio por visita. Esta técnica permitió que se presenciaran las relaciones existentes entre el mayor, los hijos y los nietos en sus días ordinarios^{65, 66}.

Al final de la entrevista para recoger las notas de campo como comentarios y observaciones relacionadas con el entorno en ese momento, así como las reacciones a determinados temas a lo largo de la entrevista se llevó una bitácora.

V.5. ANÁLISIS DE DATOS

Se efectuó a partir del análisis de contenido de tipo temático propuesto por De Souza Minayo. Un análisis temático consiste en describir los núcleos de sentido que componen a una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado⁶⁶. Este se realizó en tres etapas:

En la primera etapa de pre-análisis se seleccionaron todas las entrevistas realizadas a los participantes, es decir a las dos familias y se recabaron todas las notas de campo, retomando los objetivos planteados en un inicio para elaborar indicadores que orientaran la comprensión del material. Posteriormente, se realizó en varias ocasiones la lectura profunda de las transcripciones textuales de las entrevistas y de las notas de campo, lo que permitió adentrarse e impregnarse del contenido. Se realizó en una habitación cerrada lo que facilitó concentrarse sin interrupciones y que posibilitó comprender el contenido y determinar la unidad de registro o palabra clave o frase, la unidad de contexto, es decir la delimitación del contexto de comprensión de la unidad de registro. Posteriormente se realizaron los recortes de las unidades temáticas, permitiendo agruparlas en categorías y subcategorías.

En esta segunda etapa, es decir, la categorización se buscó encontrar categorías y subcategorías que fueran expresiones o palabras significativas en función de las cuales el contenido fuera organizado.

En cuanto a la tercer etapa se enfatizó en la información relevante a partir de la cual se realizaron inferencias e interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico elaborado inicialmente, lo que facilitó abrir otras pistas en torno a nuevas dimensiones teóricas e interpretativas. Al final se realizó un análisis de cada una de las categorías para relacionarlas y realizar las conclusiones finales

V.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Se realizó un consentimiento informado, sobre los objetivos de la investigación, que se les dio a firmar a cada uno de los integrantes de las familias en los dos casos. Para su elaboración se retomaron los principios de la declaración de Helsinki en los

apartados de riesgos, costos, beneficios, específicamente en los párrafos 17,18, grupos y personas vulnerables párrafos 19 y 20, apartado requisitos científicos y protocolos de investigación en los párrafos 21 y 22, apartado privacidad y confidencialidad párrafo 24, consentimiento informado párrafos 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32⁶⁷.

Del informe Belmont su apartado de principios éticos básicos específicamente en la sección respeto por las personas, beneficencia, justicia, en su apartado de aplicaciones, en la sección de consentimiento informado y sus tres componentes; información, comprensión y voluntariedad⁶⁸.

De la ley General de Salud, el título quinto en materia de Investigación para la Salud capitulo único, donde refiere se protegerá en todo momento la intimidad de los participantes colocándoles un seudónimo.

V.7. RIGOR CIENTÍFICO

Estuvo garantizado a través de la credibilidad, la transferencia, la consistencia y la confirmación.

Para garantizar la credibilidad, las entrevistas fueron realizadas en la casa del adulto mayor en donde también se encontraron a cada uno de los integrantes de la familia, quienes decidieron el lugar más cómodo y adecuado dentro de la casa para ser entrevistados y así se expresarán de manera libre con lo cual se respetó la situación natural. Para obtener datos aceptables, Guba (1982) propone que se trabaje durante periodos prolongados en el campo objeto de estudio, utilizando la observación continua y persistente, así como diversas formas de triangulación de métodos⁶⁹.

La triangulación de métodos es conceptualizada por Schütz como: una dinámica que integra el análisis de las estructuras, de los procesos y de los resultados⁶⁶, mientras que Ojuda refiere que comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas

individuales, grupos focales o talleres investigativos). Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se superponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman⁷⁰.

Por lo que, las visitas al domicilio del adulto mayor se realizaron en diversas ocasiones por un periodo de 6 meses. Se llevaron a cabo en diferentes días de la semana, generalmente cuando se encontraban todos los integrantes para observar sus relaciones e interacciones. Al mismo tiempo, se utilizó la técnica de observación participante para la recolección de los datos durante las visitas y las entrevistas. También se contrastaron los datos con los profesionales expertos, ya que esta investigación se presentó en cuatro tutorales en los cuales fue evaluada por profesionales del área de la salud y expertos en el área del adulto mayor. Además se presentó en el XV Congreso Panamericano de Enfermería en el 2016 ante varios profesionales de la salud, que expresaron su punto de vista acerca de los resultados obtenidos. Así como se acudió con cada uno de los participantes para corroborar la legitimidad de los discursos. También se llevó a cabo la triangulación de teorías, ya que se confrontó la teoría del marco conceptual y el estado del arte con los hallazgos obtenidos.

La transferibilidad se garantizó a través de la descripción de los participantes y su contexto incluyendo el domicilio, la zona de residencia, y las características de cada caso para posteriormente interpretar los datos. Esto con la finalidad de hacer comparaciones para descubrir lo que tienen en común y lo específico de ellos, además para juzgar la correspondencia con otros contextos y situaciones posibles. Considerando que el grado de transferibilidad depende directamente de la similitud de otros contextos (Se anexa el perfil de los dos casos).

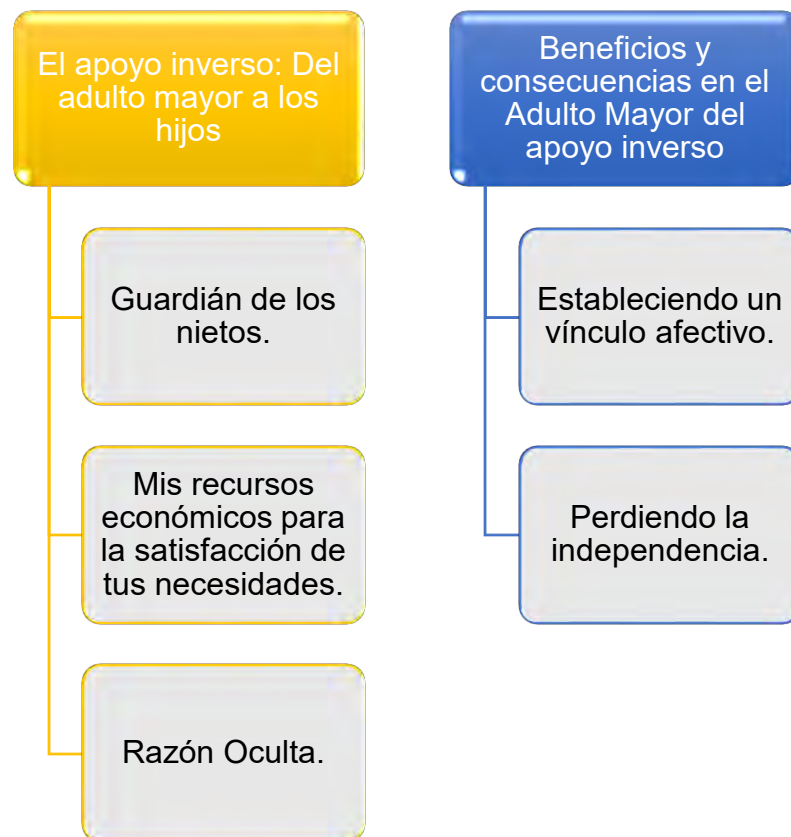
La consistencia hace referencia a la estabilidad de los datos, esto se garantizó mediante la descripción de la metodología, ya que se describe como se llevó a cabo la recogida de los datos durante las visitas, así como su duración y las entrevistas realizadas a los participantes, además como se realizó el análisis de los datos.

La confirmabilidad se refiere a la objetividad (validez externa) se obtuvo a partir de la recogida de registros lo más concreto posible⁷¹, para lo cual se cuenta con las

transcripciones textuales de todos los discursos grabados para su posterior análisis, existiendo además el audio de cada participante para su corroboración.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos que emergieron de la presente investigación así como su análisis e interpretación se encuentran representados en dos categorías principales y cinco subcategorías, se presentan los discursos más significativos los cuales fueron fundamentados y contrastados con estudios previos.



1. El apoyo inverso: Del adulto mayor a los hijos

Todo ser humano, a partir de los 30 años empieza a envejecer pero es a partir de los 60 años cuando se acentúan los cambios por el proceso normal de envejecimiento, lo que tiene implicaciones biopsicosociales. En cuanto a los

aspectos biológicos, la capacidad funcional entre los 60 y 70 años de edad aún buena, ya que el adulto mayor es capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria. Sin embargo, en esta etapa también se pueden presentar las enfermedades crónicas degenerativas que aunadas al proceso de envejecimiento, deterioran la capacidad funcional al paso del tiempo, requiriendo así de diferentes tipos de apoyo familiar. Entendido este como el conjunto de apoyos o provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas de un familiar a un adulto mayor. Las expresivas se refieren a muestras de cariño, amor, de confianza, de convivencia y acompañamiento a un ser querido. Las provisiones instrumentales comprenden el aporte económico, gastos de consultas médicas, pago de servicios, la realización de compras para la satisfacción de las necesidades, etc. ^{72, 49}.

Entre los cambios a nivel psicosocial, el adulto mayor entre los 60 y 70 años cursa la etapa del nido vacío⁴⁰. Algunos de los hijos, se casan, ya son adultos, por lo que, ya no requieren de su cuidado directo. Ahora los nietos pasan a ser una extensión de los cuidados que hace tiempo el adulto mayor brinda a sus hijos y en su afán de seguir sintiéndose útil propician el apoyo inverso, es decir, en lugar de que los hijos proporcionen apoyo al adulto mayor, es éste, quién brinda apoyo incondicional a los hijos. Esto reforzado socialmente, ya que se percibe a la “abuelita” como la cuidadora de los nietos, ocasionando que la adulta mayor brinde apoyo en vez de recibirlo¹¹, es decir, el apoyo se brinda inversamente, ya que, el apoyo es para beneficio de los hijos y los nietos dentro del núcleo familiar.

En esta categoría emergieron dos subcategorías: 1) Guardián de los nietos, y 2) Mis recursos económicos para la satisfacción de tus necesidades.

2.1. Guardián de los nietos

En la etapa del inicio de la vejez cuando el adulto mayor aún es funcional, está en la posibilidad de desempeñar el papel de guardián, es decir, se convierte en la persona que cuida algo, en este caso, el adulto mayor cuida de los nietos⁵⁸. A través de la realización de diversas acciones de cuidado como la crianza que incluye la

seguridad, además de brindar amor, compañía a los nietos durante el periodo de niñez y adolescencia, incluso de adultez.

Este rol que desempeñan los adultos mayores se encuentra en continuo desarrollo conforme avanza y evolucionan las necesidades que se requieren satisfacer en los nietos. El cuidado que brinda el adulto mayor puede iniciar desde el nacimiento del nieto, las abuelas se encargan del cuidado de la madre recién parida y del *cuidado del recién nacido* ya sea por un corto tiempo o como favor especial por parte de los hijos, hasta la adaptación de los padres como se muestra en los discursos:

De las 7 a las 4 de la tarde cuidamos al bebé, nosotros lo cuidamos, lo cambiamos, le damos sus alimentos, lo cargamos, jugamos con él, lo hacemos dormir, le cantamos, me siento bien y satisfecha porque todavía puedo cuidar a mi nieto (C2 AM-Rosa).

Lo hacemos dormir, le damos de comer, yo lo cuido porque no tengo un trabajo fijo y para disfrutarlo, verlo crecer... (C2 AM-Marco).

El cuidado que brindan los adultos mayores en esta etapa de su vida como se evidencia en los discursos se convierte en una extensión de los cuidados que en algún momento brindaron a sus hijos para criarlos. Además, lo disfrutan pues directamente no sienten la responsabilidad de la crianza, ahora tienen el tiempo para cuidarlo y a la vez, ver el crecimiento y desarrollo de los nietos, ya que no tienen la presión de cumplir con otras obligaciones como son el trabajo. Para el adulto mayor mujer realizar la crianza, es decir, el cuidado de sus nietos es importante porque es una manera de sentir que no ha envejecido y puede aún ser útil y realizar todas sus actividades sin ayuda de nadie. En el caso de los adultos mayores hombres como lo refieren los discursos es para *disfrutar de la compañía de los nietos* porque con los hijos no tuvieron la relación de cercanía por las cuestiones de tiempo ya que su rol era de proveedores y socialmente se acostumbraba que los hombres eran los únicos que trabajaban limitando su tiempo con los hijos.

Este cuidado también se brinda en la etapa escolar como es el caso del adulto mayor mujer de la otra familia participante:

Mis nietas siempre están conmigo, veo por ellas, que vayan a la escuela, su comida, su limpieza diaria, tareas, voy a traerlas, a dejarlas, son mi responsabilidad (C1 AM-Ángeles).

En esta responsabilidad, también incluye a otros miembros de la familia como son las otras hijas que al observar la carga de trabajo de la adulta mayor, intentan disminuirla:

Con las niñas terminamos mi mamá y yo todo lo que se tienen que hacer desde bañarlas, darles de comer, checar que hagan su tarea y las vamos a dejar a la escuela.... (C1 H-Rubí)

En los discursos anteriores se evidencia, que los adultos mayores se involucran con el cuidado de los nietos, durante la crianza pero también en edad escolar, lo cual, implica no solo acompañamiento, es decir, estar con ellos mientras la mamá no está. También se encarga de su alimentación e higiene personal como es el baño durante el transcurso del día, además de las responsabilidades escolares, como tener listo el uniforme, tareas, zapatos, etc. Esta responsabilidad es muy amplia y agotadora, muchas veces supera la capacidad de la adulta mayor por lo que no pueden cumplirla sola y requiere de la ayuda de otros miembros de la familia, permitiendo así el cumplimiento no solo de labores del hogar sino también de cuidado de los nietos.

Los adultos mayores se involucran en el cuidado de sus nietos porque sienten una responsabilidad de ayudar en todo a sus hijos en la medida de sus posibilidades. Weisbrot y Pelcastre-Villafuerte confirman que las abuelas sienten una obligación de cuidar a sus nietos ya que la calidad del cuidado y crianza es mejor que la brindada por un extraño o una persona externa a la familia^{2, 13}. Además Montes de Oca indica que incluso algunos adultos mayores viajan a los países donde sus hijos son residentes por la responsabilidad tan grande que sienten de apoyar a sus hijos⁷³.

Además, al adulto mayor desenvolverse en un núcleo familiar le permite sentirse dentro de un grupo desempeñando funciones importantes que generan beneficios para todos los integrantes de la familia, lo cual es confirmado por Brito, que señala que los mayores se sienten funcionales dentro de la familia, sobre todo los mayores en edades entre los 60-65 años independientes⁷⁴.

Los comportamientos que tiene el adulto mayor de cuidar a sus nietos son porque existe una concepción muy marcada en el adulto mayor, de tener una familia tradicional (extensa) unida, Arroyo lo describe como la ilusión que tienen los adultos mayores de tener un envejecimiento ideal, donde prevalece una familia unida que apoya a los adultos mayores. Sin embargo, para que esto sea una realidad, también se sienten responsables de apoyar anímicamente tanto a los nietos⁵⁸ como a los hijos.

1.2 Mis recursos económicos para la satisfacción de tus necesidades.

Los recursos económicos que posee el adulto mayor pueden ser obtenidos por diferentes medios como apoyo gubernamental, empleo, etc. Sin embargo, la etapa de la vejez para el adulto mayor representa la disminución de su economía, ya que se encuentra en la jubilación cuando tuvo un trabajo formal y cuando trabaja informalmente se restringe la posibilidad de encontrar un trabajo a causa de su edad. Por lo tanto, el apoyo económico que brinda el adulto mayor depende de diversos factores como; la jubilación, la aparición de enfermedades crónicas y si tienen un lugar propio para vivir o rentar^{1, 2}.

A pesar de esto, los pocos recursos económicos suelen ser destinados al apoyo para la satisfacción de las necesidades de sus hijos y nietos en las diferentes etapas, en la época escolar durante la primaria, secundaria o inclusive nivel medio superior:

... mi abuelita es quién me da todo. Me compra ropa, me da dinero para gastar en el recreo, me compra a veces mis zapatos, mi mochila, cuando me

enfermo me cuida, cuando me duele la panza me da un té, si no se me cura, me lleva al doctor, ... (C1 N-Ana).

La adulto mayor asume la responsabilidad de la compra de útiles, así como también de pagar servicios en salud de los niños en edad escolar para beneficio de ellos, Montes de Oca refiere que el apoyo económico abarca los aspectos monetarios, es decir, el pago de servicios como los gastos médicos y/o proporcionar dinero a la familia por parte del adulto mayor¹². El apoyo económico que brindan los adultos mayores depende de varios factores, como sucede en ambos casos (Caso 1 y 2) de este estudio donde, los adultos mayores apoyan económicamente tanto a los hijos como a los nietos, ya que en el caso 1, el adulto mayor mujer cuenta con la renta de una casa y en el caso 2, los adultos mayores además de contar con la renta de una casa cuentan con su pensión. Esto, coincide con los resultados encontrados por Weisbrot, que refiere que, el adulto mayor es quien aporta dinero a los hijos². Además existe un intercambio de apoyos no solo el adulto mayor brinda apoyo sino también lo recibe pero en menor medida como lo confirman Pelcastre-Villafuerte, quien reporta que los mayores creen que brindan más apoyo económico del que reciben de sus hijos¹³.

En el caso de los nietos, muchas veces cubren las necesidades económicas que deberían cubrir y no cubren los padres como lo refiere la adulta mayor:

A mi hija₁ (C1 H-Citlalli) le sacamos para algunas cosas de las niñas, pero no para todos los gastos, para comer no, ... (C1AM-Angeles).

Es entonces que las hijas generan para el adulto mayor doble responsabilidad no solo de mantenerse a sí mismo, a sus hijos sino también a las nietas como se observa en los discursos. El adulto mayor mantiene económicamente a sus nietas mientras que la madre de las niñas no aporta voluntariamente nada, generando de esta manera por el adulto mayor una conducta irresponsable de la hija. Lo mismo sucede cuando el adulto mayor cuida por un periodo largo a los nietos:

Nueve horas aproximadamente cuidamos al bebé, yo lo cuido para ayudar a su madre que se vaya a trabajar... (C2 AM-Marco).

Una jornada al día de nueve horas absorbe todo el tiempo del día del adulto mayor, esto, pasa desapercibido tanto para el mayor como para la hija, quien en muchas ocasiones solo piensa en el bienestar de su hijo y la satisfacción de su necesidad económica:

Yo he tenido que trabajar en un colegio por la necesidad de dinero y me ha impedido cuidar a mi hijo, por la cuestión económica y dejarles al cuidado de mi hijo a mis papás porque siento que ellos van a cuidarlo mejor que otras personas, no habría quien me lo cuide mejor que ellos, aunque sé que son personas adultas,...es mi necesidad (C2 H-Judith).

El apoyo que brinda el adulto mayor a las hijas, es con la finalidad de ayudarlos, esto es parte de algunas estrategias de sobrevivencia de las familias generadas por el modelo económico y empleos precarios que impide que se solvete los gastos con un solo padre trabajando, lo que ocasiona un cambio en la dinámica familiar y la incorporación del segundo padre, es decir, las mujeres al mercado laboral y por consiguiente, el apoyo que brinda el adulto mayor es de suma importancia para las familias.

Además, los adultos mayores ayudan también monetariamente a sus hijos a solventar sus gastos escolares, para su manutención, pago de renta de su vivienda o permiten que en su casa viva toda la familia^{58, 12}:

Somos mi hija menor (C1 H-Rubí) y yo, ya sea una o la otra la que trae dinero, es lo que se comparte para todos los gastos, Hijo₃ estudia y trabaja pero da nada, soy yo quien le tiene que dar para sus pasajes y que coma (C1 AM-Ángeles).

La que trabaja es mi mamá (C1 AM-Ángeles), ella me da el dinero. Cuando estuve trabajando, tomaba mi dinero y me iba a comprar un poco de despensa, Apenas empecé el proyecto de terminar la Universidad y ahorita más que yo la esté apoyando a ella, ella (C1 AM-Ángeles) me está apoyando a mí. Mi hermano está estudiando, pero cuando está en época de

vacaciones, siempre se mete a un trabajo temporal y le da dinero (C1 H-Rubí).

El adulto mayor mujer sostiene económicamente a sus hijos mayores de edad y que cuentan con un trabajo temporal, pues no sienten la responsabilidad de aportar económicamente al sustento de la familia. Esto, a veces es difícil reconocer por el adulto mayor mujer, como se aprecia en el discurso, en el cual, es contradictorio por el discurso de la hija indicando que ella no trabaja por lo tanto no puede realizar aportaciones económicas y quien los apoya es la adulta mayor.

Cuando el adulto mayor cuenta con un sustento económico continuo como mensualidad por renta de casa o recibe una pensión, tiene asegurado un ingreso económico, permitiéndole con mayor facilidad el apoyar a sus hijos o nietos cuando lo requieren, ya sea con dinero, hogar o inclusive comprarle cosas a los nietos, como se aprecia en los siguientes discursos.

Mi esposo esta pensionado y también rentamos una casita. Como gana poco mi hija, me da poco para mí o a veces lo ocupo para darle a mis otros nietecitos. De mis otros hijos no recibo apoyo, de ninguno recibimos nada. Ella (hija₃) económicamente nos ayuda, porque ahora le cuidamos al niño (C2 AM-Rosa).

Sobrevivimos de una rentita de una casa y una pensión no es mucho pero alcanza para comer. Cuando Juan tiene dinero, nos manda un incentivo, pero no se lo pedimos, nace de él, hay veces que por cuidar al bebé nos da mi hija, (C2 H-Judith) no es que nos pague, ni nada pero nos da para comprar, ella vive en una casa nuestra (C2 AM-Marco).

El apoyo económico es brindado por el adulto mayor en muchas ocasiones para apoyar a sus hijos cuando no ganan lo suficiente o para complementar la satisfacción de sus necesidades y por consiguiente el adulto mayor pocas veces se ve favorecido de los recursos económicos de sus hijos.

El poco apoyo monetario que reciben los mayores no lo utilizan para la satisfacción de sus necesidades por el contrario lo utilizan para las necesidades de los nietos u otros miembros de la familia. Además permiten que la familia de sus hijos viva en su casa permitiéndoles lograr una estabilidad y la posibilidad de brindar apoyo al mayor:

Yo donde trabajo me pagan poco y pues la verdad, les doy poco entre 500 y 600 pesos a la quincena, ese dinero es para ellos, para él bebé. En cuestión de comida, zapatos yo les mando todo, leche, comida, pañales todo lo que él bebé necesite (C2 H-Judith).

Mi hija₁ (C1 H-Citlalli), no me da nada para mí y casi no da nada de gasto..., yo sostengo a mis nietas..... (C1 AM-Ángeles).

En algunas ocasiones, los hijos al sentirse agradecidos por el apoyo recibido intentan devolver el apoyo económico como en el caso 2, la hija de sus ingresos monetarios destina una parte para sus padres continuamente. Además de darles todos los artículos necesarios para el cuidado de su hijo, como alimento, pañales, etc. Sin embargo en el caso 1 es totalmente contrario la hija no siente agradecimiento, ni la responsabilidad moral de devolver el apoyo que está recibiendo de su madre. Esto ocasiona que el adulto mayor mujer, tenga que solventar todos los gastos relacionados con sus nietas aun cuando, la mamá de ellas trabaja y recibe una pensión alimentaria.

Durante las visitas domiciliarias en del Caso 1, se observó que la relación de Citlalli con su mamá (Ángeles), no es cordial, de respeto y de cariño. Ambas tienen diferentes puntos de vista acerca de la vida en pareja, de la importancia de terminar una carrera profesional, etc., motivo por el cual, hablan poco y cuando lo hacen por motivos de la crianza de las hijas (nietas) la comunicación termina en conflicto.

En el caso 2, la hija Judith siempre ha llevado una relación cordial, confianza y respeto con sus padres, existiendo no solo la cercanía y afecto armónico sino además la toma de decisiones la realiza consultando a sus padres. Por lo que, es

importante señalar, que la relación afectiva que tiene el adulto mayor con sus hijos es punto clave para recibir algún aporte económico. Como se aprecia en el discurso:

Las hijas de mi hija1 (C1 H-Citlalli) viven aquí, yo las mantengo... (C1 AM-Ángeles).

Al tener una relación conflictiva los adultos mayores con su hija, como el caso 1, limita la posibilidad de recibir un aporte económico no solo para satisfacer las necesidades propias sino también de sus nietas. Obligando al adulto mayor a hacerse cargo de esa responsabilidad, es decir de mantener a sus nietas hasta que estas sean autosuficientes, justo cuando su capacidad funcional comienza a verse limitada.

1.3 Razón oculta

Los adultos mayores al apoyar a sus hijos mediante la crianza y cuidado de sus nietos, no solo hacen para beneficiar a sus hijos y sentirse útiles, además de ello existen otros motivos ocultos. Estos motivos son un factor transcendental para que los adultos mayores tomen sus decisiones sobre que tanto apoyo puede brindar a sus hijos y nietos.

La razón oculta o los motivos ocultos⁵⁸ por los cuales el adulto mayor apoya a sus hijos, no florecen o salen a la luz, se encuentran incognitos en el inconsciente, reprimidos por el adulto mayor ya que representan una realidad futura imposible de modificar, aún cuando se esfuercen en hacerlo. Esta realidad produce ansiedad, miedo, estrés y angustia en el adulto mayor.

Los mayores no hablarán de estos motivos e inclusive tratan de no profundizar demasiado porque les hace sentirse incómodos, como se aprecia en los siguientes discursos:

La verdad espero no llegar a necesitar nada en un futuro (risas), yo no digo que no... (C1 AM-Ángeles).

...no he pensado cuando yo sea dependiente la verdad, no creo que llegue (risas) pero si llego espero que mi esposo este conmigo y entre los dos vernos... (C2 AM-Rosa).

Se observa en los discursos como los mayores al mencionar “dependencia de los hijos”, se ríen esto no porque les ocasione gracia sino porque es un método de defensa que desarrollan para hablar sobre ello sin que florezcan los verdaderos pensamientos. Además, porque no desean pensar en la vejez y la cercanía con la muerte, ni cuando disminuya su independencia requiriendo apoyo de sus hijos. Esto porque aún, existe una preconcepción del adulto mayor de asociar la dependencia con inutilidad, ansiedad, estorbo lo cual es confirmado por los resultados de Hernández indicando que los mayores tienen miedo de padecer una enfermedad que ocasione dependencia y pasar a ser una carga para sus hijos⁷⁵. Arroyo por su parte confirma con sus resultados que los mayores sienten miedo y ansiedad al padecer una enfermedad y volverse dependientes⁷⁶. Carrasco refiere que los mayores se deprimen cuando padecen una disminución de su capacidad física y cognitiva⁷⁷. Ya que hablar de envejecimiento, enfermedad, dependencia de los hijos, y la cercanía con la muerte, es una realidad que no quieren enfrentar, lo cual es confirmado por Torres donde refiere que los mayores le temen a la muerte⁷⁸:

Volverse dependiente de algo o de alguien, ¡no!, no porque yo diga no lo necesite, pero que me mantenga mi hija, o mi hijo, no porque pienso que si no sucediera así, hídole el trancazo que uno se da... (C1 AM-Ángeles).

Cuando me vuelva dependiente yo creo que contaré con los tres (hijos), porque no hemos tenido problemas graves... (C2 AM-Rosa).

En el caso 1, la adulta mayor no tiene la ilusión de que sus hijos la apoyen, no porque no lo desee sino porque está consciente que mantener esa ilusión puede ocasionar una fuerte decepción en caso de no realizarse. Motivo por el cual prefiere pensar que no la apoyarán cuando sea dependiente, sucediendo lo contrario en el Caso 2 donde la adulta mayor tiene esa ilusión de apoyo por parte de sus hijos cuando sea dependiente.

Sin embargo también es cierto que el adulto mayor es consciente de que no siempre los hijos tendrán la oportunidad de apoyarlos en todos los aspectos:

Yo pienso que mientras uno siga bien, no hay necesidad de obligar a los hijos que le den a uno, ni modo que obligue a los hijos a que vivan en la casa y estén al pendiente de uno ¡pues no!, mejor me voy a un asilo (risas) (C2 AM-Marco).

Por lo que se conforman con recibir el apoyo económico:

Depende de cómo estén mis hijos si tienen un poco de solvencia no creo que le nieguen a uno, sería solo dinero porque no creo que se venga a cuidarnos cuando estemos viejitos, como el tiempo lo vaya decidiendo uno va viviendo...(C2 AM-Marco).

Si bien existe la ilusión de recibir apoyo por parte de los hijos, este será solo económico. Los adultos mayores no desean interferir en la vida de sus hijos y ocasionar problemas anteponiendo de nuevo las necesidades de los hijos a las suyas. El mencionar el asilo como broma, para ellos es el último recurso que tienen de que alguien los apoye cuando la familia no lo hizo o cuando ya no pueden ayudarlo.

Como se evidencia en los discursos anteriores, las razones por las cuales el adulto mayor cuida a los nietos incondicionalmente, no son únicamente porque siente la responsabilidad de ayudar a sus hijos, o por sentirse útiles. Los adultos mayores esperan recibir en el futuro, el apoyo que ahora brindan con su dinero manteniendo a sus hijos aún ya adultos, cuidando de los nietos, así como evitando tener problemas con los hijos, etc. Sin embargo dicha situación, provoca que los mayores, no dediquen tiempo y sus recursos económicos para su cuidado, lo que implica que no prevean su futuro y estar esperanzados en el apoyo, el cual, además lo consideran debe ser voluntario, es decir, tiene que nacer de los hijos para que tenga valor y produzca en el mayor la sensación de ser una persona querida por la familia.

Las razones que refieren los mayores como son sentirse útiles, o tener mayor convivencia con los nietos son importantes para comprender por qué el adulto mayor brinda un apoyo incondicional pero los motivos ocultos representan los verdaderos pensamientos, sentimientos del adulto mayor y es importante revelarla, pues son claves para comprender el comportamiento del adulto mayor durante la vejez.

2. Beneficios y consecuencias en el Adulto Mayor del apoyo inverso

Dentro de la familia, cada integrante realiza diversas tareas para el beneficio de todos, apoyándose mutuamente. El adulto mayor brinda un gran apoyo a su familia, sin embargo no solo representa brindar, también recibe por parte de los integrantes de la familia como resultado directo de las acciones que realiza el adulto mayor.

Los beneficios que recibe el adulto mayor del apoyo que brinda a los hijos y nietos son la convivencia armónica en la familia, que le proporciona un estado de bienestar con emociones positivas como el amor, cariño, confianza en sí mismo y por consiguiente estabilidad emocional. Sin embargo, también están presentes las consecuencias del apoyo⁵⁸, las cuales suelen ser aspectos negativos como las jornadas largas en tiempo del cuidado para la crianza de los nietos, que puede generar cansancio, falta de atención y control de las enfermedades crónico degenerativas y por lo tanto acelerar la dependencia del adulto mayor de los hijos.

En esta categoría emergieron dos subcategorías: Estableciendo un vínculo afectivo y perdiendo la independencia.

2.1 Estableciendo un vínculo afectivo.

Cuando los adultos mayores apoyan a sus hijos cuidando a sus nietos, destinan bastante tiempo de su día en ello, gran parte de él, se encuentran juntos estableciendo una convivencia, acompañamiento, cercanía y por lo tanto un vínculo afectivo, generando en el adulto mayor sentimientos positivos. Por otra parte la

convivencia diaria que tiene el adulto mayor con la familia permite formar, desarrollar y fortalecer el vínculo afectivo que existe con los hijos⁵⁸ y nietos.

Este vínculo emocional que se establece en ambos adulto mayor-familia, permite conocer mejor, tanto sus habilidades como sus deficiencias, existiendo mayor comprensión por ambas partes y expresión de sentimientos positivos como el amor, cariño, alegría, confianza y seguridad entre ambas partes, adulto mayor-familia:

Yo veo a mi abuelita como una mamá porque me cuida y me quiere mucho, siempre la abrazo, la quiero mucho, le doy las gracias por haberme cuidado, por todo lo que ha hecho por mí, siempre la voy a querer, aunque no sea mi mamá, yo la siento como mi mamá, (llanto) y por eso yo la quiero mucho...
(C1 N-Susana).

Las emociones generadas del cuidado brindado por parte de la adulta mayor son en esencia agradecimiento como lo refieren los discursos de las nietas:

Ella (C1AM-Ángeles) me quiere mucho, es cariñosa conmigo, es como una mamá para mí, porque ella me cuida, la abrazo, a veces me encimo con ella (risas), estamos platicando, a veces voy con ella cuando va a trabajar y la ayudo (C1 N-Ana).

Las muestras de afecto proporcionadas por los nietos permiten al adulto mayor mujer sentirse una persona importante por todos los integrantes de la familia, donde el adulto mayor mujer ocupa un lugar tan importante como el, de los padres o inclusive los reemplaza.

Estas muestras de afecto se llevan a cabo durante la convivencia diaria, generando en el adulto mayor una gran felicidad lo cual es confirmado por Carmona, quién refiere que el impacto que tiene el apoyo emocional brindado por la familia influye en el estado de ánimo, en la percepción de sentirse feliz y de valorarse a lo largo de su vida. Además Domínguez afirma que el sentirse feliz a su vez provoca un estado de bienestar en el mayor^{79, 80}.

Se forja un vínculo emocional con los nietos desde el inicio del cuidado brindado por el adulto mayor y este se vuelve realmente importante:

El (bebé) los quiere mucho, los abraza, quiere estar con los abuelos y yo los veo contentos porque ellos disfrutan de todo lo que hace él bebé, mi bebé como que los alegro, los veo más felices... (C2 H-Judith).

Aunque los nietos no expresen su cariño al adulto mayor con palabras como es el bebé en el caso 2, se percibe un cambio de actitud que poseen los adultos mayores cuando cuidan al lactante, sobre todo en el momento en que el lactante los identifica, les sonrío, los busca y los sigue, se ve reflejada una mirada de felicidad.

En ambos casos se identifica en los adultos mayores y en los nietos un mejoramiento en su bienestar emocional, afectivo y mayor confianza lo cual concuerda con Zapata-López, que refiere que el apoyo instrumental es aquel, que brindado por el adulto mayor genera emociones positivas para la persona que lo recibe y quien lo brinda^{11, 79, 4}.

El cuidado que brinda el adulto mayor durante el periodo de niñez y adolescencia, incluso de adultez genera emociones positivas como alegría, sentirse querido, confianza y útil. Sin embargo, esto es mutuo ya que en los nietos también genera emociones positivas.

La relación con los hijos hombres también es importante para el adulto mayor, aunque esta no sea tan cercana como la de los nietos:

Mi hijo₃ (C1 H-Alan), siempre se preocupa, diario me habla por teléfono, me agrada que se preocupe o que se moleste al estar al pendiente de uno, es agradable. (C1 AM-Ángeles).

Las llamadas constantes producen el mismo efecto que la convivencia diaria que tienen con los nietos:

Con mi primer hijo (C2 H-Juan) platicamos por teléfono, él nos habla cada tres semanas o cada mes y se tardan las llamadas como tres o dos horas, siempre se preocupa por nosotros, es buena la relación, (C2 AM-Marco).

Aunque no existe un acompañamiento diario por parte de los hijos, los adultos mayores se sienten alagados y conmovidos por la preocupación que expresan los hijos durante las llamadas mejorando su estado de ánimo. En este sentido Castellano en sus resultados encontró que los adultos mayores reciben apoyo emocional de sus hijos⁸¹. Además Marques indica que este apoyo debe ser voluntario por parte de los hijos de lo contrario produce sentimientos de inferioridad en el adulto mayor⁸².

La convivencia que tienen los adultos mayores es a distancia en ambos casos. En el caso 1, el hijo no vive con la adulta mayor porque se encuentran en un problema legal, requiriendo la presencia del hijo en otra casa. En el caso 2 el hijo al vivir en otro país le es imposible visitar a los adultos mayores con frecuencia. Sin embargo no impide que los adultos mayores desarrollen emociones positivas como la alegría, al saber que son trascendentales en la vida de sus hijos.

En contraste, los adultos mayores generan un mayor vínculo emocional fuerte con las hijas que están cerca, existiendo una mayor cercanía y comprensión:

Con la hija es más fuerte la relación porque vive cerca, se la pasa aquí (risas) (C2 AM-Marco).

De la misma manera, la hija se siente acompañada por adultos mayores existiendo una relación positiva entre ambas partes:

La relación es muy buena, muy afectiva, de ayuda mutua, de mucho cariño con mis papás, mi hijo (bebé) y yo convivimos mucho con mis papas..., (C2 H-Judith).

Existe una mejor relación por parte de la hija hacia los adultos mayores y esto es gracias a la convivencia diaria. Cuando, el acompañamiento se vuelve regular y más estrecho, la confianza se acrecienta. La hija les expresa el cariño que siente hacia

ellos no solo con gestos y palabras sino también con acciones que representan al adulto mayor un beneficio emocional. Para el adulto mayor, el vínculo con las hijas es de gran importancia porque representa el origen o núcleo de una de las redes de apoyo más importante. Pinto afirma que existe un gran apego entre madre e hija y que este apego mutuo favorece un cuidado futuro cuando el mayor ya no sea funcional⁸³.

2.2. Perdiendo la independencia.

Perdiendo la independencia hace referencia a la etapa en la que, él adulto mayor pasa de ser una persona independiente a una persona dependiente debido a los cambios biopsicosociales propios del proceso de envejecimiento, la presencia de enfermedades, así como de los acontecimientos que resultan del estrés constante que tiene el adulto mayor del cuidado de sus nietos⁵⁸. Esta última propicia la dependencia, cansancio, enfermedades crónicas y cardíacas refiere Weisbrot².

Cabe recalcar que los participantes adultos mayores tienen una edad de entre 63 y 64 años independientes, que aún pueden realizar todas las actividades de la vida diaria y según Arrollo la limitación física se aprecia mayormente en adultos mayores de mayor edad entre 70 y 80 años¹¹, sin embargo, los participantes del estudio, actualmente presenta algunos malestares:

Hace como un mes me dolía el pulmón, también me canso, siento que ya no produzco lo de hace cinco años, me canso más, me duelen también las rodillas... (C1 AM-Ángeles).

El cuidado de los nietos en cada etapa de desarrollo tienen su grado de complejidad, para la adulta mayor del caso 1, al tener a su cargo tres nietas de diferentes etapas como niñez y adolescencia, sus cuidados son diferentes acarreado una serie de responsabilidades tan amplia y variada que implica un desgaste a la adulta mayor y por lo tanto a largo plazo disminución de su capacidad funcional.

Los adultos mayores de ambos casos, al tener la responsabilidad de cuidar a sus nietos, prefiere realizar las tareas que satisfagan las necesidades de ellos, a las propias dejando de lado su salud:

El temblor de la mano no me limita para cargar al bebé, lo cargo con la otra mano, solo cuando me canso no lo cargo porque me tiembla más la mano y me duele (C2 AM-Marco).

El adulto mayor mujer del caso 1, no se encuentra con un limitante físico tan evidente como el adulto mayor hombre del caso 2. Sin embargo conforme pasa el tiempo comienza a cansarse más, a disminuir su capacidad funcional esto como consecuencia del esfuerzo que exige el cuidar a un nieto. Lo cual es confirmado por Weisbrot refiere que existe estrés, cansancio y agotamiento entre más horas cuide la abuela al nieto².

El adulto mayor hombre del Caso 2 si presenta una enfermedad crónica que le impide moverse libremente, sin embargo no lo considera una barrera para cuidar a su nieto, no obstante si se ve limitada su funcionalidad cada día más, así como un cansancio mayor al habitual.

Donde el esfuerzo que realiza el adulto mayor es superior cuando el nieto es un lactante, ocasionando complicaciones de las enfermedades existentes, así como dolor:

Cuando estoy con él bebé me duelen más mis rodillas (C2 AM-Rosa).

Los adultos mayores sacrifican su salud y bienestar físico por el de sus nietos, considerando que no es una carga el cuidado que ellos realizan, para ellos es muy difícil reconocer que esa responsabilidad trae consecuencias físicas. Por el contrario los adultos mayores piensan que es benéfico.

Mis nietas son mi motor que me hace que me levante todos los días, sin ellas yo no sé qué haría y no lo siento como una carga, al contrario son mi felicidad (C1 AM-Ángeles).

El adulto mayor mujer considera que es muy benéfico emocionalmente para ella, el cuidado de sus nietas, proyectándole de energía y juventud motivo por el cual no lo considera una carga o responsabilidad impuesta.

Aunque sus nietos son más grandes que el lactante, ocupan un gran espacio de tiempo en su vida.

Del pulmón no fui al médico porque no tenía tiempo, ya llevo como un mes con la tos, (C1 AM-Ángeles).

El adulto mayor mujer ocupa el tiempo que debería ocupar para el cuidado de su salud y acudir a sus consultas médicas, para el cuidado de sus nietos dando más importancia a sus necesidades, dejando así a la deriva su salud e integridad física.

Los adultos mayores dedican mucho tiempo al cuidado de sus nietos y les impide realizar otras actividades:

Cuando cuidamos a bebé no podemos hacer muchas cosas... (C2 AM-Rosa).

Los adultos mayores mujeres de ambos casos ocupan gran parte de su tiempo al cuidado de los nietos, motivo por el cual no tiene tiempo para realizar actividades recreativas y de ocio, que le produzcan placer, así como de consultas médicas para cuidar de su salud.

Cuando mi hija meta al bebé a la guardería yo tendré tiempo para mis plantas (risas) (C2 AM-Rosa).

Los adultos mayores se encuentran esperanzados que cuando terminen el cuidado brindado hacia los nietos podrán realizar las actividades que les produzcan placer como es el cuidado de sus plantas.

Los adultos mayores pierden espacio, tiempo para disfrutarlo para sí mismos, cuando deciden cuidar o criar a un nieto, debido a que la mayor parte del día es absorbido por el cuidado que brinda al nieto y las necesidades que se requiere

satisfacer diario sobre todo por ser aun un lactante menor, que requiere mucha atención. Lo cual es confirmado por Brito que refiere que los mayores no asisten a un grupo o asociación civil porque no tienen tiempo por la necesidad de cuidar a un integrante de la familia y por las obligaciones que tienen en el hogar⁷⁴.

VII. CONCLUSIONES

En cuanto a los tipos de apoyo que recibe el adulto mayor se concluye que principalmente recibe apoyo emocional por parte de los integrantes de la familia, principalmente de los nietos y posteriormente de los hijos. Es con los nietos que se establece un vínculo emocional de gran relevancia por ser los encargados de su crianza. Este apoyo provisto por los nietos permite a los mayores sentirse queridos, que forman parte de un grupo, importantes para sus seres queridos y que desempeñan un rol importante para mantener a la familia unida ante las circunstancias que experimenten. Sin embargo le exige energía, tiempo, espacio y sobre todo esfuerzo físico ya que constituye una responsabilidad creando en los mayores estrés, por lo tanto complicaciones de las enfermedades existentes, dolor, cansancio y sin darse cuenta propician la pronta aparición de la dependencia. Así como también impide que pueda realizar actividades de ocio, y recreación, así como prepararse emocionalmente para atravesar esta etapa a la cual temen.

Por otra parte cuando los mayores reciben apoyo económico por parte de sus hijos, es como una remuneración por el cuidado de los nietos, no nace el pensamiento voluntario de ayudar (el cual es muy valorado por el mayor), sino como una compensación por el esfuerzo realizado. Mientras que el adulto mayor brinda apoyo económico incondicional a sus hijos y nietos al ofrecer dinero, al comprar zapatos y útiles escolares como el caso 1 o como en el segundo caso ofreciendo su casa a sus familias de sus hijos. Cabe mencionar que este apoyo económico que brindan los adultos mayores lo derivan de su pensión por jubilación, o la existencia de un ingreso mensual. Dicha situación puede ocasionar que el adulto mayor no guarde recursos económicos para los gastos que tendrá que enfrentar a futuro cuando sea dependiente.

Si bien es cierto que el adulto mayor brinda apoyo material, económico y emocional a sus hijos y nietos, colocando en riesgo su salud, no lo realiza únicamente por sentir una responsabilidad, sino también por sentirse útiles porque tienen miedo al envejecimiento, ya que socialmente se encuentra asociado a dependencia, estorbo, carga y muerte. Además por la esperanza de que los hijos cuiden del adulto mayor en la etapa de dependencia, razón por la cual se debe prestar atención a estos aspectos subjetivos, lo que permitiría contar con modelos de atención para el cuidado del adulto mayor eficaces.

En cuanto a las características de la familia del adulto mayor se concluye, que los dos tipos de familias que se asemejan más en cuanto a sus peculiaridades es la familia monoparental sobre todo del caso 1. Siendo una familia donde la cabeza es el adulto mayor, a raíz del fallecimiento de su pareja, es el encargado de la distribución de tareas y el funcionamiento familiar, además existen una prolongación del proceso de emancipación de los hijos (hija2) puesto que se recarga en ellos las responsabilidades del cuidado de los nietos. En el caso 2, las características se asemejan a las de la familia trigeracional, existiendo el matrimonio de adultos mayores, sus hijos y los nietos los que forman o integran esta familia. Se aprecia como los adultos mayores apoyan económicamente al sustento de la familia, los repartos de funciones de cada integrante son repartidos entre todos para lograr un funcionamiento adecuado de la familia.

Ambas familias también presentan características de los demás tipos de familias, como la de soporte donde se les delega mayor responsabilidad a los hijos mayores, como en el caso 1. Por lo tanto no se puede encasillar a las familias actuales en una clasificación, puesto que cada familia tiene particularidades que las hacen únicas y son un punto clave para el apoyo que se brinden mutuamente la familia-adulto mayor.

Dependerá de las características de los integrantes de la familia el cuidado y crianza que realice el adulto mayor de los nietos, así como de las horas invertidas en esta actividad que pueden ser desde unas cuantas horas hasta las 24 horas del día.

Se evidencia que al modificarse las características de las familias, se modifican los roles que desempeñan cada integrante dentro de ella, incluidos los mayores. Es por ello que aunque compartan características, cada familia es única, experimenta sucesos de diferente manera, tratando de resolverlos en la medida de sus posibilidades. También se muestra que los valores enseñados dentro de la familia actualmente son olvidados por las generaciones más jóvenes perdiéndose el respeto a los mayores, donde la imagen del adulto mayor era sabio, experimentado e importante.

Por último se concluye que el adulto mayor en esta edad entre 60-65 años al ser independiente, comenzará a vivir el inicio del proceso de envejecimiento y es como miembro de la familia que acontecerá esta transición. La interacción que tienen ambos actores (adulto mayor-familia), repercute no solamente en el aspecto emocional, cultural, social sino también en los apoyos que se brinden mutuamente para el bienestar familiar.

VII.1. APORTACIONES A LA DISCIPLINA.

Es necesario que el profesional de enfermería conozca la experiencia del adulto mayor en su familia, esto con la finalidad de realizar planes o modelos de cuidados personalizados, preventivos para el adulto mayor cuando aún es funcional incluyendo a toda la familia.

Estos modelos de atención de enfermería al adulto mayor deben tener como objetivo propiciar en el adulto mayor aceptar el envejecimiento y fomentar el autocuidado para retrasar lo más que se pueda la pérdida de la capacidad funcional y con ello la dependencia de los hijos. Los modelos de atención para el cuidado del adulto mayor no solo deben ser de cuidado clínico sino también holísticos (tomando en cuenta los pensamientos, sentimientos del mayor) donde se atiende la parte de la salud física, mental y recreación. Dichos modelos deben permitir que el adulto mayor disfrute de esta etapa realizando actividades placenteras que promuevan su bienestar.

En estos modelos se debe incluir a la familia, ya que es necesario cambiar la mentalidad no solo del adulto mayor sino también de la familia concientizándoles, que la vejez es una etapa más de la vida y que se puede llegar a edades avanzada con un nivel de capacidad funcional que le permita satisfacer sus necesidades básicas de forma independiente.

VII.2. APORTACIONES A LA PRÁCTICA

Es fundamental que el profesional de enfermería se especialice en gerontología, geriatría y psicología del envejecimiento, para satisfacer las necesidades que son importantes para el adulto mayor tomando en cuenta los aspectos emocionales, psicológicos, e inclusive sociales, lo cual permitirá brindar un cuidado holístico al adulto mayor.

Los profesionales de enfermería enfocados en gerontología deben de valorar la subjetividad del adulto mayor para brindar un cuidado óptimo dentro de la comunidad con perspectiva preventiva. Es necesario que enfermería trabaje de la mano con psicólogos para crear en el adulto mayor y en la familia una visión positiva del envejecimiento y eliminar el temor generado por la falta de conocimiento de esta etapa.

Además, es importante que el profesional de enfermería especializado en el cuidado del adulto modifique el pensamiento entorno a que la vejez es sinónimo de muerte mediante la realización de una planeación estratégica donde se implemente programas de charlas que se impartan a las enfermeras que laboran en las instituciones de salud y tienen contacto con adultos mayores.

VII.3. APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación descubre nuevos conocimientos y marca la pauta para profundizar sobre la experiencia del adulto mayor funcional en la familia y el temor que sienten a ser dependientes de sus hijos y permite crear nuevas líneas de investigación, que deriven en la elaboración e implementación de planes de cuidado

personalizados que permitan al mayor disfrutar de su vejez y no solo brindar apoyo a sus hijos a costa de su salud y bienestar biopsicosocial.

VII.4. APORTACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La información generada por esta investigación permite fomentar la implementación de políticas públicas dirigidas al primer nivel de atención enfocadas al cuidado preventivo del adulto mayor en la familia (al ser la principal red de apoyo), cuando aún es funcional para evitar el maltrato, abandono, violencia hacia el mayor dependiente.

Fomentar la implementación de centros de atención a los adultos mayores en la Ciudad de México y a nivel nacional de fácil acceso a dicha población donde el objetivo sea brindar asesorías 1) psicológicas: sobre el temor a la muerte, dependencia etc., 2) físicas: actividades que pueden realizar de acuerdo a tipo de dependencia que tengan, 3) salud: futuros cambios anatómicos fisiológicos.

Además implementar o reforzar los programas de visitas a los hogares de los mayores por psicólogos, enfermeras y médicos para cubrir dos puntos clave, el primero para brindar una atención personalizada al adulto mayor que por alguna discapacidad le impida acudir a estos centros de atención y el segundo para permitir el involucramiento y sensibilización de todos los integrantes de la familia.

Trabajar en conjunto con las asociaciones civiles, gubernamentales, para facilitar la información y el acceso de los mayores a centros día, así como de excursiones, guías, visitas a diversos puntos turísticos para la recreación.

ANEXOS

ANEXO 1 PREGUNTAS DE DEBATE

- ✚ ¿Cómo ha sido su experiencia con el envejecimiento?
- ✚ ¿Cuánto tiempo convive con su familia?
- ✚ ¿Qué tipo de apoyo recibe de la familia?
- ✚ ¿Cómo le hace sentir recibir el apoyo familiar?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

LIC. Enfermería Rojas Castillo Xochitl

Documento de consentimiento informado se dirige a adultos mayores de 60 a 74 años que reciban apoyo familiar y que se les invita a participar en la investigación Vivencia del adulto mayor asociado al apoyo familiar recibido.

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy estudiante del Programa de Maestría en Enfermería UNAM, y estoy haciendo una investigación sobre el apoyo familiar que reciben los adultos mayores ya que es muy común que los mayores vivan con sus hijos y sus familias. Le daré información e invitare a participar de esta investigación, no tiene que decidirlo hoy, antes puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda por lo que le pido que me pregunte cualquier duda que tenga para poder explicarle con detalle.

Propósito

El apoyo familiar brindado al adulto mayor es muy importante porque asegura una calidad de vida adecuada para el mayor, el analizar e interpretar como experimentan los adultos mayores este cuidado ayudara a crear estrategias que permitan mejorar la calidad de vida y mejorar la experiencia de envejecimiento.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una entrevista sobre el apoyo que reciben de sus familias, será grabada por el investigador omitiendo los nombres de los participantes para respetar su privacidad.

Selección de participantes

Se está invitando a todos los adultos mayores de 60 a 74 años, con o sin dependencia leve que reciban apoyo familiar y a sus familiares que vivan en la misma casa a participar en la investigación.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Así como puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimiento

Se harán dos pruebas para conocer el nivel de funcionalidad y cognición que tiene el adulto mayor, posteriormente Se hará una entrevista a cada integrante de la familia donde se pregunte qué apoyo recibe/brinda de la familia, su convivencia con la familia/adulto mayor, y como se siente al recibir ese apoyo, durante toda la entrevista se permitirá la expresión de sentimientos del mayor, además será grabada para su posterior análisis.

Efectos secundarios

No existen efectos secundarios.

Riesgos

No existen riesgos.

Beneficios

Puede que no halla beneficio directo para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación que beneficien a generaciones futuras.

Como beneficio secundario se les proporcionara a los adultos mayores información de centros o asociaciones civiles gubernamentales para que acudan en caso de necesitar apoyo psicológico de un profesional, así como talleres o seminarios para su distracción o satisfacción personal.

Incentivos

No se darán incentivos por la participación en esta investigación.

Confidencialidad

No se compartirá la información recogida por este proyecto de investigación, se mantendrá en todo momento el anonimato de los participantes. Cualquier información acerca de usted tendrá un nombre de un signo zodiacal en vez de su nombre, solo la investigadora conocerá su nombre, no se compartirá ni entregara información a nadie.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que se obtenga por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o a retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo, puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Usted puede contactar a la investigadora en cualquier momento, o en caso de que tenga alguna duda puede preguntar incluso después de haberse iniciado la entrevista.

Lic. En Enfermería Xochitl Rojas Castillo. Tel: 67213280. Dirección: Francisco del Paso y Troncoso Número 30 interior 402, Colonia Jardín Balbuena. Cp. 15900.
Email: xoch2506@gmail.com

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido informado de los objetivos de esta investigación titulada Vivencia del adulto mayor asociado al apoyo familiar recibido, en el cual se desea obtener información del apoyo que recibo de la familia, mi convivencia con la familia, y como me siento al recibir ese apoyo, se recogerá esa información en una entrevista que será grabada. He sido informado de que los riesgos son mínimos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensara por la participación, además se me ha proporcionado el nombre y la dirección de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando el nombre, dirección y teléfono de esta persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto: Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por El participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador)

ANEXO 3. ESCALAS DE VALORACIÓN

ANEXO 3.1. INDICE DE BARTHEL

Consta de 10 parámetros: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción uso de retretes, traslado en silla de ruedas a la cama, deambulación y escalones, cada uno de ellos mide la capacidad de la persona para su independencia o dependencia. Para facilitar su interpretación, los resultados pueden agruparse en categorías:

- ✓ Dependencia Importante: menos de 45.
- ✓ Dependencia Moderada: de 45 a 60.
- ✓ Dependencia Leve: igual o mayor de 65.

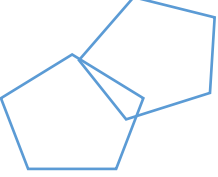
INDICE DE BARTHEL	
Alimentación	
10	Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
5	Ayuda: Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, untar mantequilla, pero es capaz de comerlo solo.
0	Dependiente: Depende de otra persona para comer
Baño	
5	Independiente: Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.
0	Dependiente: Necesita ayuda o supervisión.
Vestido	
10	Independiente: Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos, si necesitar ayuda.
5	Ayuda: Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable si ayuda.
0	Dependiente: Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.
Aseo personal	
10	Independiente: Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y peina.
0	Dependiente: Necesita alguna ayuda para algunas actividades.
Control de Heces	
10	Continente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita supositorios y enemas se arregla solo.
5	Incontinente Ocasional: Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
0	Incontinente: Más de un episodio por semana.
Control de orina	

10	Continente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende solo a su cuidado.
5	Incontinente Ocasional: Episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
0	Incontinente: Episodios de incontinencia frecuentes más de una vez en 24h. Incapaz de manejarse solo una sonda o colector.
Uso de retrete	
10	Independiente: Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.
5	Ayuda: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
0	Dependiente: Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.
Traslado sillón-cama	
15	Independiente: No necesita ninguna ayuda. Si usa la silla de ruedas, lo hace de forma independiente.
10	Mínima ayuda: Necesita una mínima ayuda o supervisión.
5	Gran ayuda: Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
0	Dependiente: Requiere de dos personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.
Desplazamiento	
15	Independiente: Puede andar 50m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela el solo.
10	Ayuda: Puede caminar al menos 50m, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona, o utilizar andador.
5	Independiente silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50m sin ayuda o supervisión.
0	Dependiente: No camina solo o no propulsa su silla solo.
Escaleras	
10	Independiente: Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o instrumentos de apoyo.
5	Ayuda: Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
0	Dependiente: Es incapaz de subir o bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.
Fuente: D'Hyver C, Gutiérrez L. Geriatria. 3° edición. Manual Moderno Ed. México; 2014: p.37-40.	

ANEXO 3.1. ESCALA MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Es el instrumento cuyo objetivo es cuantificar las capacidades cognoscitivas del paciente e identificar a pacientes con dificultades cognoscitivas. El instrumento está formado por 11 preguntas.

ESCALA MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	
Reactivo	Función evaluada
1. En qué (1) año, (2) Mes, (3) día, (4) de la semana, (5) estación del año estamos (5 puntos).	Orientación en tiempo: Nivel de consciencia Actualización de memoria inmediata
2. ¿En qué (6) país, (7) estado/entidad federativa, (8) ciudad, (9) lugar, (11) piso estamos? (5 puntos).	Orientación en espacio Nivel de conciencia y posición en el espacio.
3. Le diré tres palabras, repítala y no las olvide, se las preguntare más tarde: MESA, LLAVE, LIMÓN (1 punto por palabra recordada en 1 ensayo, total 3 puntos).	Registro: Memoria inmediata, fase de aprendizaje.
4. “Empezando desde 100 cuente hacia atrás de 7 en 7”: 93 86 79 72 65 Alternativa: deletree MUNDO hacia adelante (con ayuda) y luego hacia atrás: O D N U M 1 punto por cada número o letra correcta (puntuar a mejor respuesta: resta o mundo: 5 puntos)	Atención y cálculo: Atención y concentración Memoria de trabajo
5. Diga las tres palabras que le pedí que no olvidará: MESA, LLAVE, LIMÓN (1 punto por cada palabra correcta; 3 puntos).	Memoria: Fase de recuerdo o evocación
6. “Diga cómo se llama esto”: mostrar uno a la vez: LÁPIZ, RELOJ (1 punto por cada uno; 2 puntos).	Leguaje: Denominación
7. “Repita exactamente la siguiente frase: NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS” (1 punto textual).	Lenguaje: Repetición
8. Hoja de papel frente al paciente, decir: “tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo” (1 punto por cada acción correcta).	Lenguaje: Orden secuencial.
9. Lea en voz alta y haga lo que ahí dice “CIERRE LOS OJOS” (1 punto si cierra los ojos).	Lenguaje: Lectura y orden escrita

<p>10. "Escriba una oración, un frase o una idea completa" (1 punto sujeto-verbo-complemento).</p>	<p>Lenguaje: Escritura</p>
<p>11. "Copie este dibujo tal y como está aquí" (1 punto por 10 ángulos presentes y 2 cruzados).</p> 	<p>Copia pentágonos: Praxia constructiva.</p>
<p>Forma de informar: Total obtenido sobre treinta (o 22 para analfabetas) y entre paréntesis los puntos pedidos de cada reactivo. Ejemplo MMSE= 24/30 (-2 orientación tiempo, -1 pentágonos, -3 memoria recuerdo).</p>	
<p>Fuente: D'Hyver C, Gutiérrez L. Geriatria. 3° edición. Manual Moderno Ed. México; 2014: p.37-40.</p>	

ANEXO 4. TABLA 1. PERFIL DEL CASO1

PERSONA C1	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ENFERMEDAD	SEXO	# DE HIJO	VIVEN CON A. M.	NIVEL SOCIOECONÓMICO
C1 AM-Ángeles	64	Viuda	Ama de casa (renta dos casas), PRIMARIA	Dolor pulmonar tratándose con insectos y medicina herbolaria	Mujer	3	Si	Bajo Casas: 1 Chimalhuacán 1 Iztapalapa
C1 H-Citlalli	31	Separada	Trabaja en una tienda comercial LIC. trunca letras clásicas	Ninguna	Mujer	3	No	Bajo + pensión alimentaria para hija menor
C1 N-Susana	12	Soltera	Estudiante secundaria 2°	Ninguna	Mujer	0	Si	
C1 N-Ana	9	Soltera	Estudiante 5° primaria	Ninguna	Mujer	0	Si	
Nieta ₃	4	Soltera	Estudiante kínder	Ninguna	Mujer	0	En el día con AM, noche con su madre	
C1 H-Rubí	29	Soltera	No trabaja, vende perfumes por catalogo Técnico en criminalista	Ninguna	Mujer	0	Si	Bajo
C1 H-Alan	23	Soltero	Estudiante de Lic. Derecho	Ninguna	Hombre	0	NO.	Bajo

ANEXO 5. TABLA 2. PERFIL DEL CASO 2

PERSONA C2	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ENFERMEDAD	# DE HIJOS	VIVEN CON A. M.	NIVEL SOCIOECONÓMICO
C2 AM- Rosa	64	Casada	Ama de casa PRIMARIA	Dolor en rodillas	3	Si	Bajo Pensión + Renta de casa
C2 AM-Marco	64	Casado	Pensionado	Columna vertebral Inflamación próstata	3	Si	
C2 H-Juan	41	Casado	Reparación de Techos	Ninguna	2	Estados Unidos (ilegal 16 años)	Medio
Esposa	38	Casada	Mtra. primaria	Ninguna	2		
1nieta ₁	15	Soltera	Estudiante	Ninguna	0		
1nieta ₂	13	Soltero	Estudiante	Ninguna	0		
C2 H-Felipe	38	Separado	Hojalatero, Pintor	Ninguna	2		
Ex esposa		Separada pareja	Ninguna	Ninguna	2	Conflictos A.M.	Bajo + pensión alimentaria por hijos
2Nieta ₁	10	No Aplica	Primaria	Ninguna	0	Visitas esporádicas	
2Nieta ₂	8		Primaria	Ninguna	0		
C2 H-Judith	37	Casada	Lic. Comunicación y Trunca en Pedagogía	Ninguna	1	(Casa propiedad de A. M.)	Medio
Esposo	38	Casado	Primaria Repartidor purificadora de	Ninguna	1		Medio
3Nieta ₁	7 m	No aplica	No aplica	Ninguna	0		Cuidado 10h.

ANEXO 6. TEMPORALIZACIÓN

Actividades		PRIMER SEMESTRE				
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Definir el tema de interés.	P					
	R					
Revisión del estado del arte.	P					
	R					
Planteamiento del Problema.	P					
	R					
Marco conceptual.	P					
	R					
Asesorías.	P					
	R					
Actividades		SEGUNDO SEMESTRE				
		Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Primer tutorial.	P					
	R					
Diseño de investigación.	P					
	R					
Selección de participantes (técnicas a utilizar).	P					
	R					
Consideraciones éticas.	P					
	R					
Selección de la familia.	P					
	R					
Tutorías.	P					
	R					

PROGRAMADAS (P)	
REALIZADAS (R)	

Actividades		TERCER SEMESTRE				
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Segundo tutorial.	P					
	R					
Visitas a las familias.	P					
	R					
Transcripción de entrevistas.	P					
	R					
Análisis de datos.	P					
	R					
Asesorías.	P					
	R					
Actividades		CUARTO SEMESTRE				
		Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Tercer tutorial.	P					
	R					
Análisis de datos.	P					
	R					
Resultados finales	P					
	R					
Conclusiones.	P					
	R					
Aportaciones.						
Tutorías.	P					
	R					

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mestre-Miquel J, Guillen-Palomares J, Caro-Blanco F. Abuelas Cuidadoras en el siglo XXI: Recurso de conciliación de la vida social y familiar. Portularia [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 29 julio de 2016]; XII(EXtra): 231-238. Disponible en: <http://bit.ly/2aitTGB>.
2. Weisbrot M, Giraud N. Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos. Estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. Arch Argent Pediatric. 2012; 110(2):126-131
3. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia Psicológica [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 29 julio de 2016]; 30(2): 23-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>.
4. Zapata-López B, Delgado-Villamizar N, Cardona--Arango D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. Rev. salud pública [Revista en línea] . 2015 [Consultado el 2 de mayo de 2016]; 17(6): 848-860. Disponible en: <http://bit.ly/1VHm2X5>.
5. De Moraes A, De Olivera D, Men Li. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm, Brasília. 2010 [Consultado el 15 de febrero de 2015]; 63(4): p. 523-8. Disponible en: <http://bit.ly/15F5jLO>.
6. Garay S, Villegas R, Pérez A. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. Revista Kairós, São Paulo [Revista en línea]. 2009 [Consultado el 2 de febrero de 2016]; 12(1): 39-58. Disponible en: <http://bit.ly/2l6fBhD>.
7. Reis L, Torres A, Thaiza X, Silva R. Percepção hacer suporte familiares em Idosos de baixa renda e fatores Associados. Texto contexto – enferm [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 16 de enero de 2016]; 20(SPE): 52-58. Disponible en: <http://bit.ly/236QVpM>.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento. 2012; Available from: <http://bit.ly/1usFKno>.
9. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Programas Preventivo y Control de Enfermedades CENAPRECE. 2011; Available from: <http://bit.ly/243EdFX>.
10. Secretaria de salud. Subsecretaria de prevención y protección de la salud. 2001; Available from: <http://bit.ly/1FSTH2B>.
11. Arroyo M, Ribeiro M. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. Ciencia UANL [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 18 de febrero de 2015]; 14(3): 297-305. Disponible en: <http://bit.ly/1M3ajdP>.
12. Montes de Oca V. Envejecimiento y Protección Familiar en México. Límites y Potencialidades del Apoyo al interior del hogar [Conferencias]. México. Instituto de

- Investigaciones Sociales/Universidad Nacional Autónoma de México; 2004 [Acceso el 14 de febrero de 2015]..
13. Pelcastre-Villafuerte B, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pública* [Revista en línea].. 2011 [Consultado el 4 de diciembre de 2014]; 27(3): 460-70. Disponible en: <http://bit.ly/1q3binj>.
 14. Fajardo G. Secretaria de Gobernación Tecnologías e Información en Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. 2012; Available from: <http://bit.ly/1LJQcOG> .
 15. Fong J, Bueno J. GERIATRIA: ¿Es desarrollo o una necesidad? *MEDISAN* [Revista en línea]. 2002 [Consultado el 15 de diciembre de 2015]; 6(1): 69-75. Disponible en: <http://bit.ly/2lfe1fM>.
 16. Jaimes M, Ortiz-H. Gerontología. Geriatria y Medicina Interna Medicina. México: UNAM; 2006.p.7.
 17. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Tratado de Geriatria para residentes: Coordinación editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2006..
 18. Cortes J, et. al.. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? Elsevier España [Revista en línea]. 1996 [Consultado el 2 de junio de 2016]; 18(6). Disponible en: <http://bit.ly/1X1ST9o>.
 19. Espinoza J, Muñoz F, Portillo J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia (And)* [Revista en línea]. 2005 [Consultado el 2 de junio de 2015]; 6(3): p. 167-68. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>.
 20. Organización Mundial de la Salud. 2012; Available from: <http://bit.ly/2IHhNPE> .
 21. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Revista en línea]. 2014 [Consultado el 14 de febrero de 2017]; 25(2): 57-62. Disponible en: <http://bit.ly/2l55MjU>.
 22. D'Hyver C, Gutiérrez L. Geriatria. 3rd ed. México: Manual Moderno; 2014.p. 37-40..
 23. Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* [Consultado el 14 de febrero de 2017]. 2009 [Consultado el 23 de diciembre de 2015]; 20(4): 172-174. Disponible en: <http://bit.ly/2iavJQ0>.
 24. Blanco M. Predictores Psicosociales del envejecimiento activo: Evidencia en una muestra de personas adultas mayores. *Anales de Gerontologías* [Revista en línea]. 2010 [Consultado el 26 de diciembre de 2016];(6). Disponible en: <http://bit.ly/2i0M1KY>.

25. Organización Mundial de la Salud. 2016; Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
26. Pérez A, Díaz A. Envejecimiento Exitoso y Calidad de Vida. Universidad Nacional Autónoma de México [Tesis]. 2016. Disponible en: Directorio General de Bibliotecas.
27. López F, Heredia E. Envejecimiento exitoso y su relación con la Salud Oral. Universidad Nacional Autónoma de México [Tesis]. 2016. Disponible en: Directorio General de Bibliotecas.
28. Litwin H, Shiovitz-Ezra S. The association between activity and well-being in later. Ageing & Society [Revista en línea]. 2006 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 26(2): 225-242. Disponible en: <http://bit.ly/2iVP7Bd>.
29. Peraldo F. Teoría y Práctica de la Geriatria Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 1995. P. 41-50.
30. Gutiérrez L, García M, Arango V, Pérez M. Geriatria para el medico familiar México: Manual Moderno; 2012. P. 2-17..
31. Fernandez E. Psicología del Envejecimiento. In. México: Grupo Editorial Universitario; 2012. p. 15-186.
32. Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación [Revista en línea] . 2005 [Consultado el 15 de diciembre de 2015]; 2(2): 50-63. Disponible en: <http://bit.ly/2lhP2rV>.
33. De Juan-Pardo A. La importancia de la ancianidad: Estudio fenomenológico y reflexión antropológica. Universitat internacional de Catalunya [Tesis]. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2aAqvpW>.
34. Montenegro E, Melgar F. Geriatria y Gerontología para el medico internista Boivia: Grupo editorial la Hoguera; 2012. P. 391-501.
35. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez M. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 23 de enero de 2017]; 72(1): 11-16. Disponible en: <http://bit.ly/2iSGyH3>.
36. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores. Fisioter Pesq [Revista en línea]. 2015 [Consultado el 25 de enero de 2017]; 22(1): 76-83. Disponible en: <http://bit.ly/2kkeyKo>.
37. Guzmán J, Montes de Oca V. Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Conceptual. In Simposio Viejos y Viejas; 2003; Santiago de Chile: Participación, Ciudadanía e Inclusión Social: 51 Congreso Internacional de Americanistas. p. 1-20.
38. Stuart-Hamilton I. psicología del envejecimiento. 4th ed. Madrid: Ediciones Morata S., L.; 2002.

39. Giró J. Envejecimiento salud y dependencia España: Universidad de la Rioja; 2005. P. 43-50.
40. Estrada L. El ciclo Vital de la Familia. México: De Bolsillo; 2006. P. 15-20.
41. Belsky J. Psicología del envejecimiento Madrid: Paraninfo; 2001. P. 512.
42. Reyes A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Escuela Nacional de Salud Pública. [Tesis]. Santiago de Cuba. 2003.
43. Pérez B. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Revista AQUICHAN [Revista en línea]. 2002 [Consultado el 13 de marzo de 2017]; 2(2): 24-26. Disponible en: <http://bit.ly/2moGrkh>.
44. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento UNAM , editor. México: Instituto de Investigaciones Sociales; 2005. P. 30-36.
45. Elvira-Lindao E. "Vida afectiva del adulto mayor". Universidad Católica de Santiago. De Guayaquil. [Tesis]. Ecuador. 2013.
46. Placeres J, De León L. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 1 de enero de 2017] ; 33(44). Disponible en: <http://bit.ly/2lOwFbd>.
47. Ruíz D. Nuevas formas familiares. PORTULARIA [Revista en línea]. 2004 [Consultado el 27 de enero de 2017]; 4: p. 219-230. Disponible en: <http://bit.ly/1tJo0Th>.
48. Montes de Oca V. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas CONAPO , editor. México; 1999. P. 292-297.
49. Navarro E, Meléndez J, Tomas J. Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. Rev. multidiscipl. Geronto [Revista en línea]. 2008 [Consultado el 15 de febrero de 2015]; 18(1): 19-25. Disponible en: <http://bit.ly/2INCWEG>.
50. Canga A, Vivar C, Naval C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. An. Stst. Santt. Navar [Revista en línea] . 2011 [Consultado el 3 de enero de 2016] ; 34(3): 463-469. Disponible en: <http://bit.ly/1Ra3jBl>.
51. Merodio Z, Rivas V, Martinez A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionado con la diabetes en el adulto mayor. Horizonte Sanitario [Revista en línea]. 2015 [Consultado el 30 de diciembre de 2015]; 14(1): 14-20. Disponible en: <http://bit.ly/1UhEYXL>.
52. Guerrero-Pérez R, Quevedo-Tejero E, García-Rochín R, Zavala-González M. Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. Rev. Salud pública [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 2 de abril de 2016] ; 14(1): 88-101. Disponible en: <http://bit.ly/1E4ZvIM>.

53. Contreras, Suarez. Efectos psicosociales de la desvinculación familiar desde la percepción de los adultos mayores autovalentes en situación de abandono familiar, en el establecimiento de larga estadía del adulto mayor “huerto de paz” de la comuna de alto hospicio. Facultad de Ciencias Políticas y Jurídicas Universidad Arturo Prat [Tesis]. 2014.
54. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.; 1996. P. 50-52.
55. Sluzki. La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa S. A.; 1996. P. 79-81.
56. Acuña-Gurrola, González-Celis-Rangel A. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. Journal of Behavior, Health & Social Issues [Revista en línea]. 2010 Oct [Consultado el 27 de julio de 2016]; 2(2): 71-81. Disponible en: <http://bit.ly/2kRfYhw>.
57. De Souza M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva [Revista en línea]. 2010 [Consultado el 27 de enero de 2016]; 6(3): 251-261. Disponible en: <http://bit.ly/1QJqUrq>.
58. Real Academia Española; 2016 [cited 2016 enero 17. Available from: <http://dle.rae.es/>
59. Canto E. Investigación y Métodos Cualitativos: Un abordaje Teórico desde un nuevo Paradigma. Revista ciencias de la educación [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 30 de abril de 2015]; 22(40): 191-199. Disponible en: <http://bit.ly/1wCqzPB>.
60. Minayo M. El desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995. P. 239-607.
61. Taylor , Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación Barcelona: Paidós. Básica; 1994.p. 19-27.
62. Ulin P, Robinson E, Tollen E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos México: Organización Panamericana de la Salud; 2006. P. 47-49.
63. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>.
64. Ciudad de México. Delegación Iztapalapa. 2017; Disponible en: <http://bit.ly/2os7fl7>.
65. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa Granada: Editorial Aljibe S. L; 1996. P. 40-44.
66. Souza M. La artesanía de la investigación cualitativa: Lugar editorial; 2009. P. 260.
67. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM; 2015 [cited 2016 marzo 20. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

68. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental; 2003 [cited 2016 marzo 16. Available from: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/>.
69. Sandín E. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. Revista de Investigación Educativa [Revista en línea]. 2000 [Consultado el 15 de octubre de 2016] ; 18(1): 223-242. Disponible en: <http://bit.ly/2kIZFBj>.
70. Benavides M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. rev.colomb.psiquiatr [Revista en línea]. 2005 [Consultado el 6 de mayo de 2016] ; 34(1): 118-124. Disponible en: <http://bit.ly/1Mt9dJZ>.
71. Pérez S. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes II. Técnicas y análisis de datos. In. Madrid: La Muralla; 1994.
72. Dura E, Garces J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Revista de Psicología Social [Revista en línea]. 1991 [Consultado el 5 de diciembre de 2015] ; 6(2): 257-271. Disponible en: <http://bit.ly/1OOCwXt>.
73. Montes de Oca V, Sáenz R. Cuidado a la salud en la vejez y recursos familiares transnacionales en México y Estados Unidos. Uaricha Revista de Psicología [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 30 de diciembre de 2016] ; 9(19): 85-101. Disponible en: <http://bit.ly/2kNYy2r>.
74. Brito G, Iraizoz A. Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 26 de octubre de 2016] ; 28(4): 630-648. Disponible en: <http://bit.ly/2feexbz>.
75. Hernandez M, Et, al.. El adulto mayor ante la muerte: Análisis del discurso en el Estado de México. Revista de Psicología GEPU [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 12 de noviembre de 2016] ; 2(1). Disponible en: <http://bit.ly/2eSEwUj>.
76. Arroyo M, Soto L. La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. Cuadernos de Trabajo Socia [Revista en línea]. 2013 [Consultado el 30 de diciembre de 2016] ; 26(2): 337-347. Disponible en: <http://bit.ly/2kNZG6u>.
77. Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. Rev Esp Geriatr Gerontol [Revista en línea]. 2013 [Consultado el 9 de febrero de 2015] ; 48(1): 9–14. Disponible en: <http://bit.ly/1M59pyd>.
78. Torres A, Et al. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de ciencias médicas. La habana [Revista en línea]. 2015 [Consultado el 12 de noviembre de 2016] ; 21(1): 65-74. Disponible en: <http://bit.ly/2eSEwUh>.

79. Carmona S. El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez. Revista Kairos Gerontología [Revista en línea]. 2011 [Consultado el 16 de enero de 2016] ; 14(1): 27-41. Disponible en: <http://bit.ly/236Ys7S>.
80. Domínguez M, Ocejo A, Rivera M. Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. Acta de investigación psicol [Revista en línea] . 2013 abril [Consultado el 6 de mayo de 2016] ; 3(1): 1018-1030. Disponible en: <http://bit.ly/1NLDil6>.
81. Castellano C. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy [Revista en línea]. 2014 [Consultado el 20 de mayo de 2016] ; 14(3): 365-377. Disponible en: <http://bit.ly/2lftKfa>.
82. Marques F, Sousa L. Integridade familiar: especificidades em idosos pobres. Paidéia (Ribeirão Preto) [Revista en línea]. 2012 [Consultado el 1 de abril de 2015]; 22(52): 07-216. Disponible en: <http://bit.ly/1P5Ollp>.
83. Pinto M, Barbosa M, Caldera S, Olivera D, Queiroga R, Souto V. El cuidado de la madre de edad avanzada en el contexto del hogar: hijas perspectiva. Paidéia [Revista en línea]. 2013 [Consultado el 15 de febrero de 2015] ; 22(52): 207-2016. Disponible en: <http://bit.ly/2lfEbiN>.