



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE
UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

RESPONSABLE:

P.L.E. FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ

ASESORA:

M.C.E. MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

MORELIA, MICHOCAN A JUNIO DE 2007.

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

L.E. MARÍA DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

SECRETARIA ACADÉMICA

L.E.D. ANACELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

SINODALES

MESA 19

M.C.E MAYRA ITZEL HUERTA BALTAZAR

PRESIDENTE

L.E. MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ

PRIMER VOCAL

L.D.G. ALEJANDRO KANEK BALLESTEROS CORIA

SEGUNDO VOCAL

MEyAS. MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE

SUPLENTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A DIOS que me dio y me seguirá dando fortaleza para seguir adelante todos los días.

A MI MADRE

A mi familia que siempre están presentes con mis ideas, y juegan un papel muy importante en mi vida, su apoyo fue de suma importancia especialmente mi Madre Sra. Pascuala Martínez Vázquez, mis hermanos Evelyn, Angélica, y Noé.

A GRIS

Por comprenderme y, tras aguantar mis largas conversaciones, hacer réplica de mis ideas, por ello y muchísimo más. Un cariñoso beso.

A MI MAESTRA

A mi asesora M.C.E. Mayra Itzel Huerta Baltazar y M.C. José Luis Sira Huape que formaron la piedra angular de este proyecto, siempre con el deseo de enseñar de corazón; porque un maestro no es aquel que enseña a un educando algo que no sabía, sino hacer de él alguien que no existía.

A LOS QUE AYUDARON PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN

A la Dra. Ana María medico responsable del asilo “Miguel Hidalgo” y a todas las personas que me brindan su apoyo, tiempo, trabajo y experiencia sin ningún tipo de interés, aceptando participar en el proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCION	7
I. JUSTIFICACIÓN.....	11
II. PROBLEMA.....	14
III. MARCO TEÓRICO	16
3.1. MODELO DE SOR CALLISTA ROY	16
3.2. EL ADULTO MAYOR	29
3.3. EL AUTOCONCEPTO EN EL ADULTO MAYOR.....	47
3.4. CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR [13]	50
IV. HIPÓTESIS DE ESTUDIO	56
4.1. HIPOTESIS NULA.....	56
V. OBJETIVO	57
5.1. GENERAL.....	57
5.2. ESPECÍFICOS	57
VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	58
6.1. TIPO DE ESTUDIO	58
6.1.1. <i>Por su enfoque es cuantitativo, correlacional y aplicable</i>	<i>58</i>
6.2. DISEÑO METODOLÓGICO	58
6.2.1. <i>Según la manipulación de las variables es experimental, transversal y prospectivo.....</i>	<i>58</i>
6.3. LIMITES TEMPORO-ESPACIAL.....	59
6.3.1. <i>Tiempo</i>	<i>59</i>
6.3.2. <i>Espacio.....</i>	<i>59</i>
6.4. UNIVERSO DE ESTUDIO	59
6.5. MUESTRA	59
6.5.1. <i>Tipo de muestreo.....</i>	<i>60</i>

6.5.2. Tamaño de la muestra.....	60
6.5.3. Análisis estadístico	60
6.6. CRITERIOS DEL ESTUDIO	61
6.6.1. Inclusión	61
6.6.2. Exclusión	61
6.6.3. Eliminación	61
6.7. VARIABLES	62
6.7.1. variables Descriptivas.....	62
6.7.2. variables de Estudio	63
6.8. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS	66
6.8.1. procedimientos	70
6.9. RECURSOS.....	71
6.9.1. Humanos.....	71
6.9.2. Materiales.....	71
6.9.3. Financieros.....	72
6.10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	73
6.11. DIFUSIÓN	74
6.12. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES	74
6.13. RESULTADOS.....	79
6.14. DISCUSIONES	86
6.15. CONCLUSIONES	90
6.16. SUGERENCIAS.....	91
6.17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	92
6.18. BIBLIOGRAFIA	95
6.19. APENDICES Y ANEXOS	97

INTRODUCCION

La investigación que se presenta, aborda una realidad local, estatal, nacional y mundial, seamos hombres o mujeres, conforme llegamos a una edad cronológica nuestro Autoconcepto de persona disminuye afectando nuestra identidad personal, física, moral y ética.

En nuestra zona hay poco nivel económico y cultural en nuestros adultos mayores lo cual implica unos cuidados pormenorizados de Enfermería. Unos cuidados relacionados con su forma de vivir. Por todo ello, van a variar las técnicas de Enfermería cuando se realizan a este grupo social.

El profesional de enfermería, ya sea en el ámbito hospitalario o fuera de éste, para llevar a cabo su trabajo necesita basarse en un modelo de enfermería que le guíe. Dentro de nuestra profesión existen diversos modelos, cada uno de ellos elaborados por diferentes autoras, tales como: V. Henderson, Dorothea Orem, Martha E. Rogers, los cuales nos son útiles para desarrollar nuestra labor diaria. En ésta investigación me basare en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, muy específicamente con el apartado del Autoconcepto, aplicándola en los Adultos Mayores, con el fin de saber si existe diferencia en el nivel de Autoconcepto entre los que se encuentran en un Asilo, a los que conviven con la sociedad y con su familia; utilizando el Instrumento Viveros 03 para medir el Autoconcepto, para la recolección de los datos, que es propio de la profesión y del país, sustentado en el Modelo de Roy.

El Autoconcepto es la manera en la que se aprecia y se acepta cada persona; si se considera valiosa para ella y los que la rodean; de acuerdo a los conceptos de adaptación manejados por Callista Roy: la calificación será integrado, compensatorio y comprometido dependiendo de su percepción.

Los capítulos con los que cuenta en marco teórico son cuatro, el primero nos da argumentos en los que se sustenta el teoría de Callista Roy del modelo de adaptación del apartado del Autoconcepto, la cual, se utilizará como marco de referencia de esta investigación.

En el segundo capítulo se habla del adulto mayor, los fenómenos que se asocian al envejecimiento, sus principales características, los cambios a causa del envejecimiento y las principales teorías del mismo.

En el Tercer capítulo se habla del Autoconcepto del adulto mayor. Y en el cuarto capítulo los cuidados de enfermería integral para el adulto mayor.

La investigación tiene como objetivo desarrollar el conocimiento que guía y apoya la práctica y la disciplina de enfermería. Esto presupone una concienciación y reconocimiento de sus funciones y responsabilidades en el servicio de salud.

Las funciones de enfermería se desarrollan en diferentes emplazamientos que incluyen hospitales generales, atención primaria y domicilio de los pacientes como parte del servicio asistencial a la comunidad.

Esto implicaría que los estudios de investigación de enfermería fueran dirigidos a aumentar los conocimientos sobre la asistencia y los servicios de enfermería. La mejora de la calidad en la práctica, presupone un claro concepto de calidad en enfermería y una investigación dirigida hacia una base de conocimientos acumulativa, coherente e innovadora.

La Enfermería debe trabajar de forma profiláctica con nuestros adultos mayores. Antes el equipo de salud trabajaba con ellos en centros de salud y hospitales y hoy día lo hacen en geriátricos y asilos.

En las últimas décadas se ha subrayado la importancia del Autoconcepto en el bienestar del sujeto desde diferentes ámbitos, el cual ha contribuido para que el Autoconcepto tenga una explicación en el ámbito del comportamiento humano [1].

El Autoconcepto es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes y una estructura organizativa que se forma a partir de las experiencias que tiene el individuo respecto a sí mismo [1].

El Autoconcepto, como un fenómeno social que está en moldeamiento constante, es el centro de la personalidad y es lo que lleva al ser humano a saber lo que es y lo que quiere ser, plantearse metas y darle un sentido a su vida, no conformándose sólo con sobrevivir [1].

El precursor de los estudios del Autoconcepto fue William James y de su trabajo deriva gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo. Este autor señala que se puede distinguir dos dimensiones dentro de las personas, el sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el sí mismo o Mí (la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo) [1].

Después González y Tourón, desarrolló su idea del yo reflejado (looking glass self), que postula que el Autoconcepto es un reflejo de las percepciones que uno tiene acerca de cómo aparece ante los otros [1].

Woolfolk menciona que el Autoconcepto se desarrolla en consecuencia de la constante evaluación que realiza el niño de sí mismo en situaciones diferentes como puede ser en la casa o en la escuela que son los contextos más importantes en el desarrollo del mismo [1].

Investigaciones realizadas en niños y adolescentes en los Estados Unidos en 1991, señalaron que los sujetos con alto Autoconcepto se diferencian de aquellos con bajo Autoconcepto en su ajuste psicológico, autoestima, estabilidad emocional, seguridad, salud mental, pensamiento más flexible, menos prejuicios y más aceptación de sí. Debido a que cada persona posee una imagen de su físico, que puede contrastar por sí mismo o bien a través de comparaciones con los demás. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas [1].

El interés por estudiar el Autoconcepto se deriva de que las personas que se ven positivamente, se conducen e interpretan el mundo de diferente manera a las que se ven de manera negativa.

Es este estudio se manejara el 22 adultos mayores que residen en el asilo para ancianos “Miguel Hidalgo” y una muestra del 22 adultos mayores que viven con su familia, en Morelia, Michoacán.

I. JUSTIFICACIÓN

El mundo de hoy se desarrolla vertiginosamente, se presentan avances en la ciencia y la técnica, la medicina, la industria y esto es un aliciente para aquellos que desean vivir más, de hecho la esperanza de vida al nacer ha aumentado y por consiguiente cada día aumenta el envejecimiento poblacional. Dada las dimensiones de este fenómeno el incremento de la ancianidad se ha calificado de epidemia moderna, término que muestra la representación acerca de la tercera edad, la vejez no es sinónimo de plaga ni de enfermedad, el anciano constituye parte importante de la sociedad.

Podemos darnos cuenta que el fenómeno del envejecimiento resulta un campo interesante para la investigación, viendo el envejecimiento como un proceso inherente al hombre que ocurre a lo largo de la vida pero que requiere de atención debido a los cambios que se producen y a las representaciones que se tienen de la vejez. Aflora, entonces, un término importante y es el de educación, las posibilidades que tiene el adulto mayor en esta etapa de la vida contrarrestando cualquier posición desesperanzadora, en lo que al Autoconcepto el en adulto mayor se refiere, se dedicará el presente artículo.

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar, afectando principalmente la Autoestima, por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica. De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos [2].

A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Por ello es tan importante el papel de la Enfermería en tratar de prevenir o

minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación a los adultos mayores más frágiles.

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata [2].

Es importante hacer notar, que el adulto mayor presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice. En el adulto mayor se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar [3].

Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin dudas la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se desenvuelve el adulto mayor. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano, afectando principalmente su Autoconcepto [3].

Se ha llegado a considerar además, que los elementos conformadores de identidad son tomados generalmente de los prejuicios negativos que la cultura como tendencia, ha reservado para la vejez. "Soy viejo porque ya me queda menos, soy inútil, incapaz, retirado, final." Un resultado de la afección en el Autoconcepto [3].

Las representaciones que socialmente se tienen de la vejez, así como los cambios físicos y psíquicos que se producen hacen que el adulto mayor se sienta muchas veces alejado de esa sociedad que un día dirigió y construyó, y que aparezcan sentimientos de inutilidad y vacío existencial. Por ello es importante trabajar en base al autodesarrollo, las potencialidades, la autovaloración, el autoconocimiento,

todo lo referente a la esfera cognoscitiva y afectiva, propiciando bienestar en el anciano y viéndose como una necesidad de primer orden en nuestros días.

En base a los datos estadísticos en nuestro país en 1997 había una población de 5.7 millones de personas con más de 60 años; en la actualidad una de cada 20 personas en México tiene más de 65 años de edad o más, y se estima que en el año 2030 de cada ocho personas una sería adulto mayor [4], por ello es importante establecer una serie de cuidados que sean específicos para este tipo de usuarios (Geriátricos), que permitan brindar una atención más integral favoreciendo de esta manera al usuario, familia y comunidad, para las generaciones subsecuentes.

Las estimaciones oficiales del CONAPO (Concejo Nacional de Población) para el 1° de julio del 2007 la población municipal en Morelia fue de 705,213 habitantes (17.66 % de la población estatal), de los cuales 346,460 correspondían al sexo masculino y 361,753 al sexo femenino. La población total de adulto mayor de 65 años y más, es de: 39,317 (17,070 hombres y 22,247 mujeres), que corresponde al 5.575% de la población total en Morelia, Michoacán [5].

La progresiva complejidad de la práctica de enfermería en la sociedad moderna ha estimulado en especial a partir del siglo XIX, la elaboración de diversas teorías sobre las cuales se han de cumplir los objetivos globales de esta profesión, así como el establecimiento de pautas que permitan establecer las competencias y funciones propias del personal de enfermería y criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada.

II. PROBLEMA

El Autoconcepto hace referencia al sentimiento general de valía que tienen las personas sobre sí mismas. Un bajo Autoconcepto va unido a estrategias de afrontamiento inadaptadas y/o problemas emocionales y conductuales. El Autoconcepto empieza a afrontarse en las edades tempranas, y es el resultado de numerosas interacciones sociales y culturales a lo largo de la vida de una persona hasta la vejez.

Estudios llevados a cabo por Stanley Coopersmith, Villa y Auzmendi, Dosio, ponen de manifiesto que la inadaptación en el periodo adolescente, puede conducir a problemas en la vida adulta. Entre los recursos internos que posee el adolescente, el Autoconcepto es una de las más importantes para afrontar las dificultades y los cambios de este periodo; por lo que es considerado como un conjunto de rasgos imágenes y sentimientos que el sujeto reconoce como parte de sí mismo, influenciado por el medio y organizado de modo más o menos consciente [1].

La relación existente entre Autoconcepto y el género en los adolescentes es por demás importante no solo por la presentación Biopsicosocial del sujeto, sino por la manifestación de la relación entre estas dimensiones Autoconcepto, que va a reflejar el modo en que desempeñe su rol de género, ya sea masculino o femenino al socializar en las diferentes etapas de la vida, hasta la edad de la adultez [1].

Una gran parte de jóvenes supera esta etapa llegando a ser adultos saludables, pero la prevalencia de problemas emocionales aumenta de manera considerada en la adolescencia, pudiendo ocasionar dificultades en el funcionamiento psicosocial a corto y largo plazo, hasta edad adulta.

Como consecuencia, la población de los adultos mayores es definida material y simbólicamente como problema, ya que el Autoconcepto es una consciencia de lo

que somos, de lo que queremos ser, y de lo que queremos que los demás vean de nosotros. Es la vista, quien juega un rol fundamental en el desarrollo de este Autoconcepto, ya que ningún otro sentido permite a las personas Auto percibirse. Si se tiene en cuenta la variable del género, los jóvenes tienen al menos el doble de riesgo de experimentar problemas emocionales, manteniéndose dichas diferencias en la edad adulta. Estas diferencias parecen estar relacionados con imágenes corporales más negativas y menores niveles de autoestima en los varones [1].

El Autoconcepto, es un aspecto fundamental en la personalidad, que sirve de pauta interpretativa y guía de las experiencias vitales. En la adolescencia se establecen los procesos de autodefinición, autodescubrimiento, que repercute durante toda la vida.

Los estudios que se han realizado en adultos han sido principalmente en poblaciones fuera de México; el propósito es aportar información útil, con el fin de establecer medidas preventivas para el profesional de enfermería en una población de adultos mayores en circunstancias diferentes, así como en el género.

En base a lo expuesto me planteo lo siguiente:

PREGUNTA: ¿Cuál será el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores de un Asilo comparado a los que viven con su familia?

III. MARCO TEÓRICO

En los siguientes renglones del marco teórico abordaré cuatro aspectos estructurales básicos; en el primer apartado, se hace mención del modelo de adaptación de Callista Roy, la cual será el pilar de esta investigación.

En el segundo capítulo se habla del adulto mayor, los conceptos básicos, los fenómenos que se asocian al envejecimiento, sus principales características, los cambios y las patologías por aparatos y sistemas que son más frecuentes en el adulto mayor, y las principales teorías del mismo.

En el tercer capítulo se habla del Autoconcepto del adulto mayor. Y en el cuarto capítulo los cuidados de enfermería integral para el adulto mayor.

3.1. MODELO DE SOR CALLISTA ROY

CALLISTA ROY [6]



Nació en Los Ángeles California en octubre 14 de 1939. Pertenece a la comunidad religiosa de las hermanas de San José de Carondelet. Terminó sus estudios básicos de enfermería y sus estudios de maestría en la Universidad de California en los Ángeles en 1966; en 1971 concluyó sus estudios de doctorado en Sociología en la misma Universidad. Una de las experiencias principales que motivaron a la doctora Roy para profundizar en el proceso de adaptación, fueron su experiencia como enfermera pediátrica, al observar la habilidad

de los niños para adaptarse a las circunstancias y la motivación de la Doctora

Dorothy Johnson para que escribiera y desarrollara un modelo conceptual de adaptación, que contribuyera al desarrollo del conocimiento de enfermería. El primer artículo sobre el modelo fue publicado en 1970.

La doctora Roy ha continuado profundizando su conocimiento en el área de neurociencias, como un elemento fundamental para comprender a la persona como un sistema adaptativo holístico.

La doctora Roy es actualmente profesora de doctorado y teórica de enfermería en la Facultad de enfermería William F. Connell de Boston College, en Massachusetts. Roy ha publicado libros, capítulos y numerosos artículos en publicaciones indexadas. La más reciente edición del Modelo de Adaptación fue publicada en 1991.

Actualmente está desarrollando una teoría de mediano alcance sobre el proceso de afrontamiento y adaptación, en la cual explica el subsistema cognitivo. En su desarrollo elaboró una escala para la medición de este proceso, facilitando así su aplicación en la práctica de enfermería.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY [6]

El modelo de adaptación de Callista Roy se fundamenta en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy (1968), la teoría de la Adaptación del psicofisiólogo Harry Helson (1964), en los principios del humanismo y en la veritativity que es un concepto acuñado por ella y tiene relación con la trascendencia y el propósito de la vida humana.

TEORÍA DE SISTEMAS

La teoría de sistemas se ve reflejada en el concepto de persona como un sistema adaptativo que está en continua interacción con un medio ambiente cambiante. La persona está constituida por partes que actúan como una unidad con algún propósito. Con base en ésta teoría, Roy habla de unas entradas que son los

estímulos ambientales, unos procesos centrales de afrontamiento y unas salidas, que son respuestas ó comportamientos, que determinan un nivel de adaptación.

TEORÍA DEL NIVEL DE ADAPTACIÓN

El nivel de adaptación es un punto cambiante que refleja, la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del ambiente. Este incluye las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones, motivaciones que llevan a la persona hacia la excelencia.

Roy define la adaptación como:

- **Nivel integrado:** describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas.
- **Nivel compensatorio:** se presenta cuando los mecanismos reguladores y cognitivo se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados.
- **Nivel comprometido:** aparece cuando los procesos integrado y compensatorio son inadecuados y se presenta un problema de adaptación es decir la enfermedad.

SUPUESTOS FILOSÓFICOS

Los supuestos filosóficos del modelo rodean las creencias y valores asociadas con los principios generales del humanismo, la veritivity y la espiritualidad de la creación. El humanismo es una corriente filosófica que reconoce la importancia de conocer y valorar las dimensiones subjetivas de la experiencia humana. Los cuatro supuestos acerca de la persona derivados del humanismo son: creatividad, propósito, holismo y procesos interpersonales.

La veritivity, es un término acuñado por Roy, derivado del Latín veritas, que significa verdad, relacionada con un propósito común de la existencia humana que es Dios.

Al expandir éstos principios basados en el humanismo y la veritativity, incluye los siguientes: Las personas tienen relaciones mutuas con el mundo y con Dios; El significado humano está enraizado en un punto omega de convergencia del universo; Dios se revela en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación. Las personas utilizan sus habilidades creativas de conciencia, iluminación y fe.

ENTRADAS [6]

El modelo de adaptación es un modelo de sistemas que contempla unas entradas, unos procesos centrales y unas salidas.

Las entradas son los estímulos presentes en el ambiente que desencadenan una respuesta por parte de los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo. Estas respuestas varían según el nivel de adaptación en que se encuentre la persona en un momento determinado.

A continuación se describen los **estímulos** y los **niveles de adaptación** descritos por la doctora Roy en su modelo.

- **Estímulos Focales:** Son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona, en un momento determinado. Por ejemplo el dolor opresivo en el pecho por infarto del miocardio.
- **Estímulos Contextuales:** Son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo: Ser fumador, tener una vida sedentaria, consumir una dieta rica en grasas y colesterol.
- **Estímulos Residuales:** Corresponden a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente pero sus efectos son indeterminados y en ocasiones pueden no ser válidos.

NIVELES DE ADAPTACIÓN

El nivel de adaptación es el grado de armonía en que se encuentra la persona con el ambiente en un momento determinado.

Se clasifica en tres niveles:

- **Nivel Integrado:** Estado en el cual los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo, promueven la adaptación de la persona a los estímulos, demostrando así una integración humana y ambiental.
- **Nivel Compensatorio:** Se presenta cuando los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento (cognitivo y regulador), ante el estímulo focal, contribuyen al control de la situación, sin alcanzar la satisfacción de las necesidades del individuo. Por ejemplo la presencia de inflamación ante una lesión tisular. La inflamación es el resultado de un incremento en el flujo sanguíneo local, con acumulación de leucocitos, macrófagos y linfocitos que buscan eliminar el tejido lesionado y promover su recuperación.
- **Nivel Comprometido:** Se presenta cuando los comportamientos resultantes de los procesos de afrontamiento, frente a los estímulos, afectan la integración de la persona y el ambiente como consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo, cuando una persona con insuficiencia cardíaca presenta taquicardia como un mecanismo del subsistema regulador para compensar el bajo gasto cardíaco y mejorar así la perfusión tisular periférica. Esta respuesta fisiológica incrementa el consumo de oxígeno del miocardio y por lo tanto el trabajo cardíaco.

PROCESOS CENTRALES [6]

PROCESOS DE ENFRENTAMIENTO REGULADOR Y COGNITIVO

Subsistemas de afrontamiento:

Para mantener la estabilidad del sistema y afrontar el medio ambiente la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos, que son de origen biológico, psicológico y social. Estos procesos de afrontamiento son el subsistema regulador y el cognitivo.

A. Subsistema regulador:

Es innato y está mediado por la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estímulos desencadenan respuestas neurológicas, químicas y endocrinas para responder a los estímulos ambientales. Las químicas viajan a través del sistema circulatorio y estimulan las glándulas endocrinas, que secretan hormonas y la acción de éstas ocasiona una respuesta automática de los órganos blancos ante los estímulos. Estos estímulos químicos y neurales pueden transformarse en percepciones conscientes que desencadenan respuestas psicomotoras. Los estímulos actúan como entradas que afectan el equilibrio ácido básico, los líquidos, los electrolitos y el sistema endocrino.

B. Subsistema cognitivo:

Es un proceso adquirido. Se centra en la actividad del sistema nervioso cuya función es procesar la información, este identifica, selecciona y relaciona los estímulos, dándoles un significado simbólico que se reflejan en el comportamiento de los individuos.

El subsistema de enfrentamiento cognitivo propuesto por Roy en su modelo, tiene relación con la conciencia, es decir con la capacidad de comprender el medio ambiente interno y externo. El procesamiento de la información se relaciona con los procesos cognitivos básicos de atención, sensación, percepción, codificación y

formación de conceptos, memoria y lenguaje, planeación y respuestas motoras. Las funciones cognitivas permiten a las personas interactuar con el ambiente y alcanzar los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad.

Roy en su esquema relaciona estas funciones, y con el estímulo focal que es la experiencia sensorial inmediata y con los estímulos contextuales y residuales relacionados con la educación y la experiencia. Es importante destacar que hay una permeabilidad entre estos campos de estímulos y que el estímulo focal se interpreta en relación con los contextuales y residuales.

Las etapas de procesamiento de la información, están íntimamente relacionadas entre sí, requieren de las unas para que se den las otras. Estas son tres:

1. **Entradas:** Alerta, atención sensación y percepción.
2. **Procesos centrales:** Codificación formación de conceptos, memoria y lenguaje.
3. **Salidas:** Planeación y respuesta motora.

Este tiene cuatro procesos fundamentales:

1. Proceso de percepción de la información: el cual se manifiesta en el proceso de Alerta, atención selectiva, codificación y memoria.
2. Proceso de aprendizaje manifestado en imitación, reforzamiento e introspección.
3. Proceso de juicio que involucra la solución de problemas y la toma de decisiones.
4. Emociones, la cual se manifiesta a través de mecanismos de defensa.

Estos procesos se expresan en las respuestas psicomotoras del individuo.

C. El Subsistema estabilizador:

“Involucra estructuras establecidas, valores y actividades diarias donde los participantes desarrollan un propósito primario del grupo y contribuyen a propósitos comunes de la sociedad.”

D. El Subsistema innovador:

“Este subsistema involucra las estructuras y procesos de cambio y crecimiento en los sistemas sociales humanos. Así como el cognitivo involucra canales cognoscitivos y emocionales en la persona, para responder a los cambios ambientales, éste tiene información paralela y procesos humanos para la innovación y cambio. El dinamismo innovador, involucra estrategias cognitivas y emocionales para cambiar a niveles potenciales más altos. Ambos establecen estrategias a corto y largo plazo. Por ejemplo en las organizaciones, las actividades de planeación estratégica “think tanks” reuniones de equipo y funciones sociales constituyen estrategias innovadoras. Cuando el subsistema innovador de un grupo está intacto y opera bien emergen nuevas metas y se alcanza un mayor crecimiento y excelencia, así como la transformación del ambiente y de la persona”.

SALIDAS [6]

Las salidas son las respuestas de los procesos de afrontamiento ante los estímulos del ambiente que se ven reflejados en la persona a través de cuatro modos de adaptación:

1. El Modo de Autoconcepto
2. La función del Rol
3. La Interdependencia
4. El modo fisiológico.

Comportamientos:

Son las respuestas del sistema adaptativo humano ante los estímulos del ambiente, Roy (1999) los define como acciones internas, externas y reacciones ante una determinada circunstancia. En las respuestas se reflejan las experiencias previas, los intereses, destrezas, habilidades y compromisos de la persona, estas pueden ser adaptativas o inefectivas.

Respuestas Adaptativas:

Son aquellas que promueven la integridad de los sistemas humanos; en término de metas de adaptación que son:

- Supervivencia
- Crecimiento y desarrollo
- Reproducción
- Destrezas
- Transformación de la persona

Simultáneamente, la enfermera debe buscar nuevas experiencias educativas que contribuyen al desarrollo y el manejo de destrezas para un alto nivel de adaptación.

Respuestas Inefectivas:

Estas no promueven la integridad, ni a las metas de adaptación, de las personas a la tierra. A la vez pueden estar presentes en una situación inmediata o continua a través del tiempo. Además amenazan el sistema humano de supervivencia, crecimiento, reproducción, y la transformación de la persona. Los cuales se explican a continuación:

MODO DE AUTOCONCEPTO

El Autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado.

Los componentes del modo de Autoconcepto son el yo físico que incluye las sensaciones corporales, y la imagen corporal es decir la estructura física, las funciones, la apariencia personal, las dimensiones de sexualidad y del estado de salud:

- **EL YO personal** (como me siento conmigo mismo).
- **EL YO moral, ético y espiritual** (creencias, valores, principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento).
- **EL YO ideal** (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas).

FUNCIÓN DEL ROL

Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña.

TRES TIPOS DE ROLES:

1. **ROL PRIMARIO:** Determina la mayoría de comportamientos de la etapa del desarrollo vital en que se encuentre el individuo, así como el sexo al cual pertenece.
2. **ROL SECUNDARIO:** Se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un momento determinado de su vida. Por ejemplo: ser administrador de empresas, esposo y padre de dos niños, futbolista y gerente.
3. **ROL TERCIARIO:** Es un rol temporal elegido por la persona y que tiene relación con el rol secundario. Por ejemplo ser miembro de la Junta directiva de la Asociación de Padres de Familia del colegio de los hijos.

INTERDEPENDENCIA

Se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.

MODO FISIOLÓGICO

MODO FISIOLÓGICO: El modo fisiológico tiene relación con las respuestas del organismo ante los estímulos y contempla 5 necesidades básicas, y cuatro procesos que se describen a continuación:

5 NECESIDADES BÁSICAS:

- 1. Función de oxigenación:** Esta función tiene relación con el proceso por el cual se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y CO₂ en todas las células del cuerpo. Tiene que ver con los procesos de ventilación, difusión, perfusión y transporte de gases desde y hacia los tejidos. Al valorar ésta función la enfermera tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la función de los sistemas respiratorio y circulatorio.
- 2. Función de nutrición:** Tiene que ver con los procesos de alimentación, digestión y metabolismo de los alimentos. La persona asimila los nutrientes de los alimentos, en el sistema digestivo gracias a la acción de las enzimas, hormonas y jugos gástricos e intestinales, para mantener el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo, promoviendo su crecimiento y mantenimiento de energía. Al valorar ésta función la enfermera valora el proceso básico de alimentación y digestión.
- 3. Función de eliminación:** La eliminación es el proceso vital por el cual el organismo expulsa a través de la orina, el sudor, la respiración y la materia fecal los productos de desecho del metabolismo. Al realizar su valoración, la enfermera tiene en cuenta el funcionamiento de los sistemas urinario, digestivo, respiratorio y de la piel.



- 4. Función actividad y descanso:** Esta función se relaciona con el proceso del movimiento, señal de vida y habilidad fundamental para realizar actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas. El descanso, se asocia con la recreación, es decir con el cambio hacia una actividad placentera, la tranquilidad, el sosiego y el sueño, procesos que

requieren una baja demanda de energía y por lo tanto le permiten a la persona renovarse para continuar su actividad.

Al valorar ésta función la enfermera valora los procesos vitales básicos de la movilidad y el sueño.

- 5. Función de protección:** Esta es una función vital por cuanto contempla los procesos de defensa del organismo contra agentes que pueden ser nocivos y alterar la integridad corporal como sustancias, bacterias, virus o células anormales. Según Roy (1999) se relaciona con los procesos de defensa no específicos constituidos por la piel y agentes químicos, y específicos como el sistema inmunológico. Al valorar ésta función la enfermera establece las condiciones de la piel, y la respuesta del sistema inmunológico ante agentes externos.

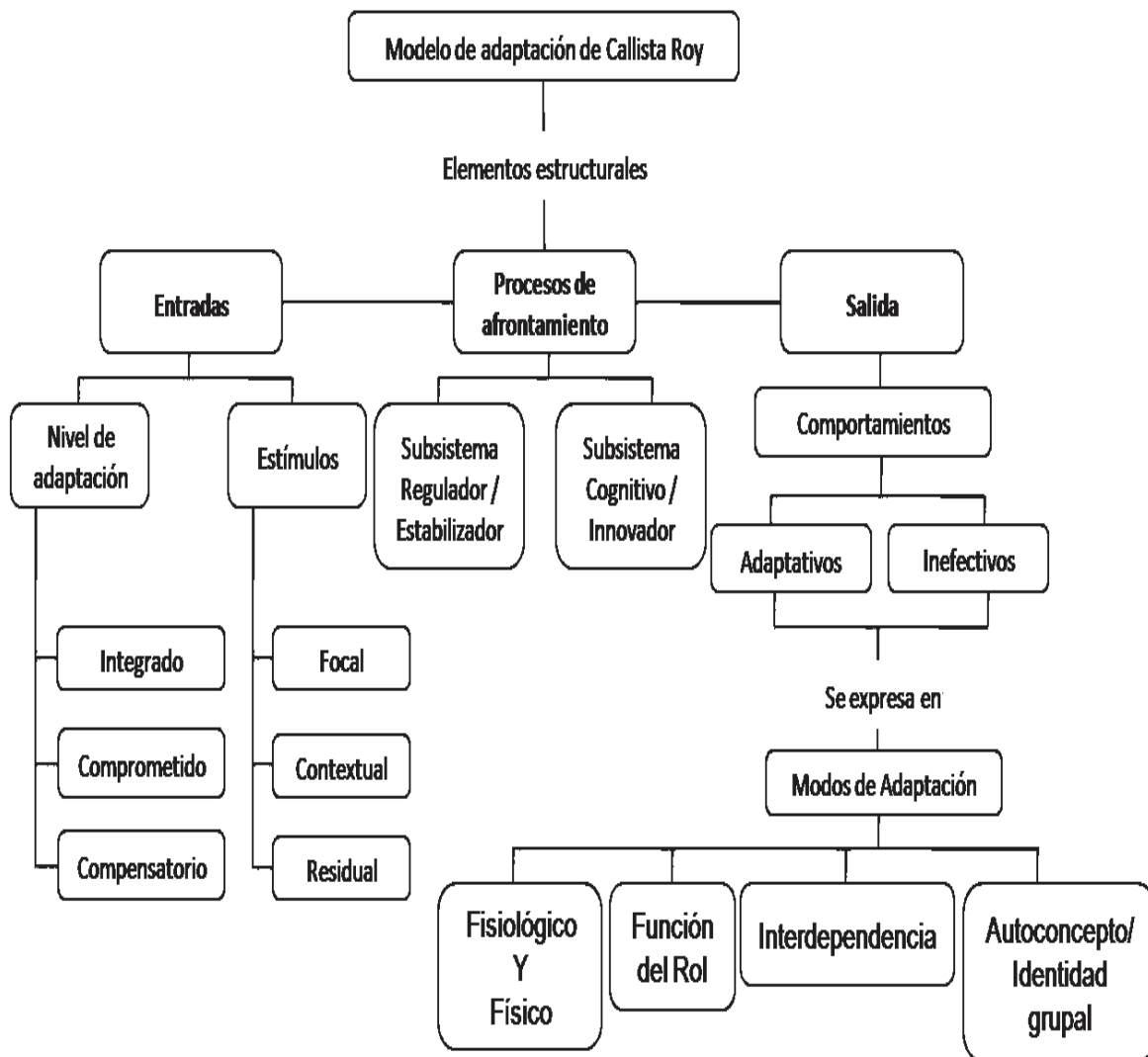
4 PROCESOS:

- 1. Órganos de los sentidos:** incluye procesos relacionados con la percepción de estímulos en forma de luz, sonidos, calor, vibración mecánica y presión. La interpretación de estas sensaciones se relaciona con experiencias anteriores de la persona. La enfermera valora este proceso al determinar la integridad de la visión, audición, olfato, gusto y tacto.
- 2. Equilibrio ácido-básico:** Este proceso dinámico se relaciona con la habilidad del organismo para mantener la homeostasis, es decir las condiciones internas estables indispensables para la vida. Los procesos vitales asociados son el equilibrio entre líquidos, electrolitos y el balance ácido-básico.
- 3. Función neurológica:** Esta función dependiente de la integridad del sistema nervioso es esencial para el funcionamiento normal del organismo y el proceso de afrontamiento cognitivo. Se relaciona con la habilidad de las neuronas de recibir y transmitir información por todo el cuerpo en forma de

impulsos a través de procesos de asociación. La enfermera valora la integridad de ésta función a través del examen neurológico.

- 4. Función endocrina:** el sistema endocrino está compuesto por glándulas endocrinas y exocrinas. Las glándulas secretan una o más hormonas que actúan como mensajeros químicos, con efectos regulatorios sobre partes u órganos específicos del cuerpo.

Los procesos controlados por hormonas incluyen “reproducción” crecimiento y desarrollo, mantenimiento de electrolitos, regulación del metabolismo celular y balance de energía.



3.2. EL ADULTO MAYOR

El Adulto Mayor: según un criterio convencional y epidemiológico utilizado en el MINSAL, adulto mayor es aquella persona que tiene sobre 65 años de edad cronológica.

Sin embargo se debe reconocer que no existe una base fisiológica para distinguir a un adulto de un adulto mayor [7].

Según Mario Benedetti, escritor uruguayo contemporáneo, la vejez varía de acuerdo con la edad de quien la vive, por lo general, “viejo o vieja” es alguien que tiene diez años más que uno [7].

Se considera adulto mayor a una persona a partir de los 65 años. Los adultos mayores son un colectivo de alto riesgo; la mayoría provienen de un sistema rural y muy pocos de un sistema semiurbano. La expectativa de vida para un varón es de 73 años y para una hembra de 78 años.

Es indudable que el número de años no sólo es un indicador epidemiológico que define la vejez, sino que existen múltiples factores que la afectan como los valores, tradiciones, costumbres, creencias y actitudes del propio adulto mayor que condicionarán su funcionalidad, su modo de ser y de estar en este mundo.

FENÓMENOS DEL ENVEJECIMIENTO:

Se entiende por envejecimiento el conjunto de modificaciones morfológicas y filosóficas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Serie de modificaciones morfológicas y psicológicas de carácter irreversible que se inician mucho antes de que sus manifestaciones den al individuo aspecto de viejo/anciano [8].

CUATRO EDADES DISTINTAS:

1. Edad Cronológica: la marca el tiempo, los años que tenemos...
2. Edad Biológica – funcional: sujeta a que la persona envejezca de distinta maneras: normal, patológica,..., dependiendo de sus hábitos de vida. Cómo se encuentra puesto aparato a nivel biológico (*influye nuestra genética*).
3. Edad Psíquica: la madurez, el nivel de inteligencia, de personalidad....
4. Edad Social: franjas de población: *jóvenes, adultos, mayores...*

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO SEGÚN LA CALIDAD [9]

- Envejecimiento normal: Cuando una persona p.ej. “*muere de viejo*”, sin ninguna patología.
- Envejecimiento patológico: Personas con enfermedades, pero que no los incapacita para desarrollar sus actividades diarias (AVD).
- Envejecimiento poli patológico. Afectado de patologías hasta el punto de que el paciente es dependiente por su AVD.
- Envejecimiento óptimo.

Tiene las mismas prestaciones, actividades que siempre. Pero hay que tener en cuenta que puede haber aspectos como herencia, hábitos inadecuados, vida no saludable que alteran el proceso de envejecimiento óptimo.

Pertenece a una edad que influye en la posibilidad de padecer el envejecimiento óptimo. Suele aparecer a partir de los 45 a 65 años aproximadamente.

El envejecimiento óptimo se trata por medio de una vida saludable hacer todo lo que ha hecho antes, adaptándose a como uno se encuentra en ese tiempo.

ENVEJECIMIENTO Y DISCIPLINAS [9]

1. *Gerontología*: Ciencia que estudia los fenómenos propios del envejecimiento.
2. *Geriatría*: Ciencia que estudia las enfermedades de la vejez.

3. *Geriatría geronto – geriátrica*
4. *Ciencias naturales y sociales, tecnología, humanidades*
5. *Transversalidad interdisciplinar y demanda individual:* pertenece a problemas que puedan darse sobre p.e. testamentos, malos tratos, etc.

ESTEREOTIPOS

- *Ancianismo:* No podemos catalogar a todos los mayores de 65 años aprox. Como ancianos, pues depende de la persona.
- *Negativismo:* Tendencia a negar lo evidente.
- *Edadismo:* qué actitud adoptar frente a las personas con enfermedad irreversible, incurable,.. por el hecho de ser mayores no curarles.
- *Encarnizamiento TERAPÉUTICO:* Aquel que se realiza sin esperar científicamente que lo que estamos haciendo es bueno para el paciente.

FORMA Y DINAMICA DEL ENVEJECIMIENTO

- Aparición DE arrugas: se debe a una ausencia de colágeno y fibras elásticas y a una atrofia del músculo cutáneo.
- Escasez de vello: (ejemplo: alopecia)
- Disminución de talla: los discos vertebrales es tejido cartilaginoso el cual se va atrofiando por lo que se va perdiendo talla.
- Encorvamiento postural: se pierde talla y esto da lugar a una menor turgencia muscular.
- Enlentecimiento y torpeza del movimiento: motivado por:
 - ⇒ Problemas de visión.
 - ⇒ Problemas de oído.
 - ⇒ Se pierde la estabilidad para guardar la bipedestación.

CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO DE LOS SISTEMAS ORGANICOS

Sistema Nervioso Central: Cerebro y médula espinal

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Engrosamiento de las meninges.
- Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años).
- Disminución de los procesos dendríticos.
- Reducción de la sustancia blanca.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Consecuencia de estos cambios:

- Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.
- Puede observarse, en algunos casos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.
- También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.
- Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

Sistema Nervioso Autónomo

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post sinápticos.

Consecuencias de estos cambios:

- Existe una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.
- Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”.
- Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades.
- Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación.
- Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sentido de la visión

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.
- Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución de la elasticidad del cristalino.
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en las coroides.

Consecuencias de estos cambios:

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visual del espacio.

Audición y Equilibrio

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Degeneración del órgano de Corti.
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.
- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración.
- Osteosclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio.
- Excesiva acumulación de cerumen.
- Disminución de la producción de endolinfa.
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencias de estos cambios:

- Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

Olfato, Gusto y Fonación

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia de las mucosas.
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

Consecuencias de estos cambios:

- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
- Cambios en la voz.

Sistema Locomotor: músculos, huesos y articulaciones

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por deservación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).
- Osteoporosis.
- Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago.
- Engrosamiento sinovial.
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencias de estos cambios:

- Pérdida de masa muscular.
- Predisposición a calambres musculares.
- Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extraabdominales.
- Debilidad muscular.
- Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal.
- Cifosis.
- Disminución de la estatura.
- Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.
- Rigidez articular y predisposición al dolor.
- Disminución en la confianza y seguridad para la actividad.
- Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado.

Sistema Gastrointestinal

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Cambios en la mucosa oral.
- Cambios atróficos en la mandíbula.
- Atrofia de tejidos blandos (encía).

- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis.
- Reducción del tamaño del hígado.
- Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

Consecuencias de estos cambios:

- Predisposición a las caries dentales, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.
- Problemas en la absorción de alimentos.
- Constipación y diverticulosis.
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

Sistema Respiratorio

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums.
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.
- Osteoporosis de la caja torácica.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.
- Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencias de estos cambios:

- Capacidad vital disminuida.
- Deterioro de la difusión de oxígeno.
- Eficiencia respiratoria disminuida.
- Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax.
- Predisposición a la infección.

Sistema Cardiovascular

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima.
- Incompetencia valvular venosa.
- Calcificaciones en las válvulas cardíacas.
- Rigidez de las paredes venosas.
- Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Deterioro de la microcirculación.

Consecuencias de estos cambios:

- Dilatación y prominencia de la aorta.
- Presencia de soplos cardíacos.
- Predisposición a los eventos tromboembólicos.
- Disminución en la capacidad de actividad física.
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas.
- Trastorno de la microcirculación periférica.

Sistema Genitourinario

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas.
- Atrofia de la mucosa vaginal.
- Laxitud de los músculos perineales.

- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Consecuencias de estos cambios:

- Falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio.
- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos.
- Dispareunia (dolor al coito) en la mujer.
- Incontinencia urinaria.
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

Piel

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencias de estos cambios:

- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo.
- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.
- Placas seborreicas.
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación.
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.
- Prurito.
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

Sistema Inmunológico

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo).

Consecuencia de estos cambios:

- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

Sistema Endocrino

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencia de estos cambios:

- Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos.
- Respuestas metabólicas lentas.
- Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.

CARACTERÍSTICAS EN EL ANCIANO

1. Enlentificación de los reflejos
2. Arrugas en la cara
3. Canas
4. Marcha encorvada al andar
5. Descenso de la talla
6. Pérdidas sensoriales
7. Pérdidas musculares
8. Pérdida de la capacidad respiratoria
9. Pérdida de AGUA

Cuando hay escases de agua aumenta el calcio y por lo tanto el hueso se vuelve duro y frágil, también tiene una pérdida importante de inmunidad. En el anciano, los huesos se rompen en varios fragmentos lo que da lugar a muchísimas patologías e incluso la muerte.

CARACTERÍSTICAS A NIVEL PSÍQUICO

- Pérdida cuantitativa de memoria.
- Pérdida cuantitativa de sueño.
- Son mucho más celosos.
- Las mujeres tienen la menopausia y lo pasan muy mal. En el hombre no se nota tanto.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

- Padecer enfermedades sociales.
- Aparece la jubilación.
- Preocupación por falta de cónyuge.
- Cambia el estilo de vida.
- Se hace más egoísta e incrédulo.
- Se vuelven maniáticos.
- Descontrolan los horarios.
- Son los que más ven la TV y oyen la radio.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES DEL ANCIANO

1. **Multicausalidad:** no es solo una causa la que origina un problema en la persona mayor, sino muchas causas.
2. **Poli patología:** es muy fácil encontrar más de una enfermedad en las personas mayores. (más de dos diagnósticos en el mismo paciente)
3. **Tendencia a la cronicidad:** la poli patología tiende a la cronicidad, no se curan las patologías se hacen crónicas.

4. **Presentación atípica:** las manifestaciones de las patologías en las personas mayores no tienen nada que ver con las manifestaciones en las personas adultas.
5. **Polifarmacia:** la poli patología también da a la polifarmacia, mucho consumo de medicamentos con una medicación muy CONTROLADA por el enfermero.
6. **Amplio usos de recursos:** una ventaja del cuidado de personas mayores es el amplio abanico de recursos que existen para abordar sus necesidades (barandillas para las camas, andadores, preparados para la nutrición...).

CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO SEGÚN ROVE [9]

- ✓ **Lineal:** sigue una línea. Nacer —————> morir
- ✓ **IMPARABLE**
- ✓ **Irreversible**
- ✓ **Variable:** varía con respecto a hombre, mujer, raza, oficio....
- ✓ **Asíncrono:** ya que no afecta de igual manera a sujetos, órganos, etc....
- ✓ **Inevitable:** todo el mundo se envejece y muere.

FACTORES CONSTITUTIVOS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA PERSONA

1. Deterioro funcional (en mayor o menor medida)
2. Menor adaptabilidad todo el deterioro anterior hace que nos adaptemos menos al medio, muchos problemas en la vida diaria.
3. Tendencia a enfermar
4. Desvalidez (no se valen por sí mismos)
5. Aislamiento: se suelen quedar solos, en los medios rurales gracias a la solidaridad de los vecinos no es tanto el riesgo a estar solos que en las ciudades donde existe un grado mayor de individualismo.
6. Acabamiento: sentimiento de “estar acabado”.

CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO

1. *Herencia*: los descendientes de las familias longevas tienen tendencia a morir muy mayores
2. *Biografía*: la alimentación, la historia de la persona, hábitos, entorno. Son factores importantes
3. *Evolución Psicofísica*: estado previo biológico y funcional de la persona.
4. *Entorno*: es un factor extrínseco (clima, lugar de trabajo, medio donde nos desenvolvemos, tipo de trabajo)

A ESTE ÚLTIMO PUEDEN DIFERENCIARSE LOS PLANOS:

- a. Ecológico
- b. Social
- c. Hábitat
- d. Cultural: Entorno cultural saludable influyen algunos factores:
 - actividad física
 - alimentación
 - hábitos tóxicos

FACTORES QUE INTERVINEN EN EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

1. Alimentos
2. Enfermedades infecciosas, metabólicas, etc.
3. Sustancias tóxicas
 - a. *Aditivos*
 - b. *Productos químicos*
 - c. *Destrucción del medio ambiente*
4. Irritaciones
 - a. *Rayos x*
 - b. *Rayos solares*
 - c. *Rayos cósmicos*
5. Acción tóxica de los medicamentos
6. Traumatismo

a. *Laborales*

b. *Trafico*

7. Traumas psíquicos

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN EL SUJETO COMO CONSECUENCIA DE LA EDAD (*JUBILACIÓN*)

1. *ECONOMICOS*: Ejemplo “**JUBILACIÓN**”: esta es un cambio económico ya que el sujeto está acostumbrado a un poder económico o adquisitivo determinado y al llegar a ésta cambia.
2. *SOCIALES*: El sujeto se mueve en torno a un contexto laboral de donde provienen la mayor parte de su relación social, al jubilarse estas relaciones se pierden y también el poder que pueda tener desde ese puesto de trabajo (poder factico: “¿tú qué haces? Pues soy enfermero... abogado...; en nuestro caso “estoy jubilado.”= a no hace nada)
3. *POLITICO*: Los jubilados tienen el poder de reunirse en asociaciones para poder sacar ayudas para ellos, a nivel de ayudas para las pensiones, medicamentos, mejoras, etc.
4. *FAMILIARES*: El duelo a nivel del matrimonio
5. *SALUD*: veremos más a delante.
6. *PROYECTOS DE VIDA*: Esto es muy importante que el jubilado sepa lo que va ha hacer mañana y se confeccione un plan de vida para después de la jubilación.

POR APARATOS Y SISTEMAS LOS CUADROS PATOLÓGICOS QUE MÁS A MENUDO APARECEN EN EL ANCIANO SON:

1. APARATO DIGESTIVO:

- Reflujo gastroesofágico.
- Úlcera duodenal.
- Cálculos biliares.
- Colecistitis.
- Cáncer de colon.

- Trastornos digestivos: Digestión lenta
- Gases.
- Estreñimiento

2. APARATO RESPIRATORIO:

- Neumonías.
- >Gripes.
- >Bronquitis crónica.
- >Enfisemas.
- >EPOC.
- >Cáncer de pulmón

APARATO CARDIO-CIRCULATORIO:

- Infarto de miocardio.
- Angina de pecho.
- Insuficiencia cardiaca.
- Enfermedad embólica.
- Hipertensión.
- Hipotensión ortostática.
- Arteriosclerosis obliterante.
- Tromboflebitis y varices

4. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

- >Enfermedad de Alzheimer.
- >Enfermedad de Parkinson.
- >Ictus cerebrales con hemiplejías.
- >Epilepsia y Neuropatías periféricas.

5. APARATO SENSORIAL:

- Cataratas.
- Glaucoma.
- Sordera.

6. Síndrome vertiginoso.

7. APARATO URINARIO:

- Hiperplasia de próstata.
- Incontinencia urinaria.
- Infecciones urinarias.
- Cáncer de próstata.
- Litiasis urinaria.
- Cáncer de vejiga.
- Insuficiencia renal.

7. SISTEMA OSTEOARTICULAR:

- Artrosis.
- Fracturas.
- Osteoporosis.
- Artritis metabólicas.
- Enfermedad de Paget.

➤ ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS

- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Deshidratación.
- Obesidad.
- Hipokalemia
- Malnutrición.

9. SISTEMA PSÍQUICO:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Síndromes delirantes.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Se han propuesto muchas teorías, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y las han dividido en dos grandes categorías: Las que afirman que

el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (*teorías estocásticas*), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (*teorías no estocásticas*).

1. TEORÍAS ESTOCÁSTICAS: El envejecimiento resultaría como consecuencia de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

a. Teoría del error catastrófico: Propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica que en último término determinaría un daño en la función celular [10].

b. Teoría del entrecruzamiento: Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades de la edad.

c. Teoría del desgaste: Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación del daño de sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

d. Teoría de los radicales libres: Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

2. TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS: El envejecimiento estaría predeterminado. Sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

a. Teoría del marcapasos: Los sistemas inmunológico y neuroendocrino serían los marcadores intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para tener lugar en momentos específicos de la vida [10].

b. TEORÍA GENÉTICA: Parece ser que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento. Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal.

ANTIOXIDANTES Y RADICALES LIBRES: Nuestro organismo se vale del oxígeno para convertir la energía procedente de la alimentación en una forma utilizable por nuestras células. Una mala combustión del oxígeno daría lugar a los radicales libres. Los antioxidantes frenarían los efectos de los radicales libres.

Evidencias del control genético de la longevidad [11]:

- Existe una mucha mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.
- La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos.
- En los dos síndromes de envejecimiento prematuro (S. de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria.

3.3. EL AUTOCONCEPTO EN EL ADULTO MAYOR

La vida de cada persona se enmarca y condiciona por la circunstancia histórico-social en que le ha tocado vivir. Nadie vive desligado de la sociedad sino que está adscrito a un grupo, organización.

El concepto de representación social se encuentra entre los más apropiados al analizar la subjetividad humana.

Las representaciones sociales no serían opiniones sobre, ni imágenes de, sino más bien teorías de la ciencia colectiva sui géneris (propio de su género o especie), destinadas a interpretar y construir lo real. Lo que se recibe, se reelabora y evoluciona para convertirse en un conocimiento que se utiliza en la vida cotidiana [12].

Las representaciones sociales son las formas del sentido común. Ellas tienen características específicas: el carácter social de su génesis, el hecho de que es compartido ampliamente y distribuido dentro de una colectividad.

Si se realiza un análisis de diferentes investigaciones que tienen de base la representación social de la vejez como las de Crespi Martins, sobre la representación social acerca de la naturaleza de la vida cotidiana en la vejez, o las de Illhard sobre el viejísimo en tantos prejuicios hacia las personas ancianas, puede notarse que prima una representación generalmente negativa de la vejez, cuanto más ambivalente, pero primando lo pesimista [12].

Esta representación que la sociedad tiene de la vejez es prejuiciosa y tiene una connotación negativa.

El sujeto en su interacción con el medio es activo, sin embargo la influencia que este ejerce sobre él tiene una enorme connotación si se analiza la representación que socialmente se tiene de la vejez, no resulta imposible encontrar ancianos optimistas y que ven la vejez como una etapa importante en sus vidas, pero para nada podríamos asombrarnos de que pueda existir un predominio de una autovaloración pesimista en la tercera edad, debido a que al estructurarse una representación a nivel social del término vejez que contenga aspectos negativos, innegablemente van a existir un abundante número de contextos de interacción donde el anciano va a entrar en contacto con comportamientos, actitudes, valoraciones, juicios que llevan implícitos esas ideas, tanto en la familia, comunidad, hospitales, en fin a nivel social, sin negar como habíamos dicho anteriormente el carácter activo del sujeto en la interiorización de los fenómenos del medio social.

La imagen de sí mismo es un aspecto importante en relación con la salud y el bienestar humano, la imagen de sí mismo como personalidad y lo que se refiere a la autovaloración.

Fernando González Rey plantea: “ Desde nuestro punto de vista la autovaloración es un subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos, junto con diversas formas de manifestaciones conscientes, la forma esencial en que se manifiestan los elementos integrantes de la autovaloración es

un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo que integra un conjunto de cualidades, capacidades, intereses que participan activamente en la gratificación de los motivos integrantes de la tendencia orientadora de la personalidad, o sea, que están comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona. En este sentido el contenido de la autovaloración está emocionalmente comprometido con las principales necesidades y motivos de la personalidad y constituye expresión de los mismos.”

Los hechos vitales que afectan la autovaloración de la persona producen emociones negativas muy fuertes que se equiparan y sobrepasan en ocasiones a las vivencias negativas de carácter físico.

Si se tiene oportunidad de conversar con ancianos son recurrentes las expresiones que enaltecen el pasado y oscurecen el presente tales como: Antes cuando yo era joven, ahora que ya no sirvo para nada, mientras que el futuro parece olvidado. En estudios realizados a adultos mayores se ha analizado que en técnicas proyectivas como el Rotter se presentan frases como: Mi preocupación principal mi salud, si no hay salud no hay nada, Sufro mucho, ¿Mi futuro? Yo soy el presente, la tercera edad es lo de ahora, en el futuro mis hijos que vivan bien. Sabemos que no somos eternos.

La representación que socialmente se tiene de la vejez influye en la actitud que se asume ante el adulto mayor.

Las actitudes de personas hacia ellos, que pueden ir desde fomentar su dependencia hasta no hacerle mucho caso porque está hablando demasiado sobre sus fantasías y experiencias de la infancia o juventud, debido a esa adquisición que aparece en la vejez de legar al otro, de autotranscender, influye en la imagen que el anciano construye de sí mismo, el cual al mirarse frente a un espejo nota sus arrugas, su piel menos brillante, sus cabellos blancos.

3.4. CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL EN EL ADULTO MAYOR [13]

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones.

Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 65 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas.

1. Seleccionar sistema de enfermería a utilizar según el modelo del Autocuidado para planificar la atención de enfermería que se requiere
2. Acoger al momento de la entrevista al adulto mayor y sus cuidadores
 - ❖ Escuchar aquello que el adulto mayor nos quiere decir.
 - ❖ Dirija la voz al oído del adulto mayor, colocarse de frente y a su altura.
 - ❖ Hablarle despacio, evitando los tonos agudos.
 - ❖ Utilizar un lenguaje sencillo, coherente y concreto de acuerdo a los requerimientos del adulto mayor
3. Controlar los signos vitales
4. Realizar examen físico detallado

- ❖ Buscar aquellos parámetros de normalidad e identificar las patologías con el objeto de derivar en forma oportuna.
- ❖ Identificar el déficit de Autocuidado para determinar el plan de cuidados que requiera el adulto mayor.

5. Fomentar aspectos del Autocuidado del adulto mayor

Prevención

- ❖ Eviten conducir de noche.
- ❖ Utilizar lentes los adultos mayor que lo requieran
- ❖ Tener controles de salud frecuentes
- ❖ Participar de grupos organizados

Aseo e higiene.

- ❖ Educar en cuanto a la limpieza del tapón ceroso.
- ❖ Educar en cuanto a la limpieza personal.
- ❖ Estimular el cepillado de dientes después de la comida para evitar la halitosis y la limpieza de las prótesis, con agua con bicarbonato.
- ❖ Higiene de las prótesis dentales con agua con bicarbonato.

Piel.

- ❖ Lubricar y masajear superficialmente las zonas de las articulaciones.
- ❖ Hidratar el lóbulo de la oreja para evitar sequedad y prurito en la zona.
- ❖ Hidratar la piel en general con cremas lubricantes.
- ❖ Usar protectores solares en la exposición al sol.
- ❖ Objetivar signos de deshidratación (turgencia cutánea).

Alimentación.

- ❖ Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto mayor es más susceptible de caer en una deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y de concentración de agua.
- ❖ Calcular el índice de masa corporal.

- ❖ Mantener una dieta alimenticia adecuada.
- ❖ Estimular la alimentación con una presentación atractiva de los alimentos
- ❖ No consumir alimentos muy salados, calientes o ácidos.
- ❖ Dar alimentos con abundante salsas en aquellos adultos mayores con resequeidad de la mucosa oral.
- ❖ Apoyar el déficit en la masticación y la deglución con la preparación de alimentos blandos.

Incontinencias.

- ❖ Fomentar un buen patrón de eliminación intestinal.
- ❖ Observe signos de estreñimiento, si existiera apoyar con dieta rica en fibras y con vaselina líquida hasta lograr un tránsito normal.
- ❖ Planificar una educación vesical con eliminación de orina cada cuatro horas, ya que los adultos mayores son más susceptibles a las infecciones por un aumento de la orina residual.
- ❖ Educar sobre el uso de ropa interior de algodón.
- ❖ Valorar la presencia de signos y síntomas de Incontinencia Urinaria.
- ❖ Educar al adulto mayor y familiares sobre las medidas de sostén para los adultos mayores incontinentes, tales como: toallas higiénicas, pañales, entre otros.
- ❖ Derivar al adulto mayor a un programa de educación sistemática.

Eliminación.

- ❖ Tener libre de secreciones la vía área superior.
- ❖ Estimular la ingesta hídrica con el objeto de fluidificar las secreciones.
- ❖ Enseñar mecánica de la tos efectiva.

Caídas.

- ❖ Valorar el riesgo de caídas (existe una pérdida de fuerza, tono y tamaño muscular).

- ❖ Evaluar las condiciones ambientales en donde se desenvuelve el adulto mayor como: baño, dormitorio, cocina, salas, escaleras y fuera de la casa. También es importante tener buena iluminación, contar con pisos antideslizantes, entre otras cosas.
- ❖ Utilizar zapatos cómodos, anchos, bajos y antideslizantes.
- ❖ Promover los beneficios del ejercicio muscular activo.
- ❖ Promover la recuperación y mantenimiento de la postura corporal.

Vestir al adulto mayor cómodo y adecuado al clima.

- ❖ Si el adulto mayor ha sufrido caídas durante los últimos 3 meses, se debe derivar junto con sus cuidadores a un programa de educación sistemática.

Medicamentos.

- ❖ Registrar: nombre, dosis y horario de todos los medicamentos recetados o autorrecetados que el adulto mayor se encuentre ingiriendo.
- ❖ Pesquisar efectos colaterales de estos.
- ❖ Investigar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico recetado.
- ❖ Educar sobre la utilización de métodos de organización de la administración de los medicamentos.

Actividad y reposo.

- ❖ Indagar sobre la capacidad para desarrollar Actividades de la Vida diaria (AVD).
 - ❖ Incentivar el ejercicio moderado según su estado de salud, se les puede recomendar que caminen todos los días.
 - ❖ Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo.
 - ❖ Educar sobre los cuidados al utilizar silla de rueda, bastones, etc.
6. Estimular la comunicación y las actividades sociales
- ❖ Dar a conocer métodos alternativos de comunicación de demandas.
 - ❖ Haga participe al adulto mayor de su propio cuidado.
 - ❖ Estimule a los cuidadores para que apoyen al adulto mayor.

7. Controlar los peligros ambientales

- ❖ Procurar que exista una buena iluminación en los lugares de desplazamientos habituales del Adulto Mayor (AM) o en el hospital.
- ❖ Procurar que exista una buena ventilación del ambiente físico y de los objetos personales de los AM.
- ❖ Evitar la luz de frente y brillante.
- ❖ Utilizar pisos antideslizantes.
- ❖ Utilizar colores diferentes para el piso y los muebles, destacando los bordes de las escaleras y pisos resbalosos (baño).
- ❖ Evitar el contacto directo con el polvo ambiental.
- ❖ Precaución en el manejo de objetos y sustancias calientes.

8. Investigar los sistemas de apoyo sociales.

- ❖ Sistema de salud.
- ❖ Cuidadores.

9. Establecer con el adulto mayor y sus cuidadores metas y tareas para lograr niveles óptimos de Autocuidado.

10. Proporcionar educación a los cuidadores sobre:

- ❖ Cambios posturales.
- ❖ Prevención de úlceras por presión.
- ❖ Estimule y enseñe una higiene física correcta.
- ❖ Hidratación de la piel.

Para adultos mayores hospitalizados:

- ❖ Oriente al adulto mayor sobre el servicio en donde se encuentra.
- ❖ Establecer un protocolo para prevenir efectivamente las úlceras por presión.
- ❖ Mantenga un ambiente seguro para el adulto mayor: buena iluminación, pisos secos con pisos antideslizantes, mantener espacios libres para que el adulto mayor se desplace sin dificultades.
- ❖ Prestar ayuda en aquellas actividades de la vida diaria que el adulto mayor demande.
- ❖ Observar signos de retención, deshidratación o de sobre-hidratación.

- ❖ Aporte de líquidos dentro de los parámetros en que la enfermedad lo permita.
- ❖ Apoyar y estimular la alimentación.
- ❖ Compruebe el uso de prótesis para la alimentación.
- ❖ Dejar la chata y/o pato cerca y a la altura de las manos del adulto mayor
- ❖ Administre medicamentos en forma juiciosa (pueden estar reducidas la frecuencia o la dosis de administración), recuerde que la absorción, destoxificación y excreción de fármacos se encuentran reducidas.
- ❖ Manejar con mucho criterio y cuidado las medidas de contención.
- ❖ Invadir lo menos posible al adulto mayor.
- ❖ Tratar lo antes posible la equimosis secundaria a las punciones venosas o arteriales.
- ❖ Integre a la familia en los cuidados básicos del adulto mayor.
- ❖ Desarrolle programas educativos sistematizados para el adulto mayor y sus cuidadores dependiendo de los cuidados específicos de enfermería con que será dado de alta.

El cuidado de los adultos mayores no es tarea fácil pues requiere de una mirada transdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

IV. HIPÓTESIS DE ESTUDIO

El Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores de un asilo comparado a los que viven con su familia, será COMPROMETIDO porque ambos grupos obtendrán un mínimo de puntuación en la aplicación del Instrumento Viveros 03.

4.1. HIPOTESIS NULA

El Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores de un asilo es COMPROMETIDO comparado a los que viven con su familia, que será INTEGRO.

V. OBJETIVO

5.1. GENERAL

- Identificar el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores de un asilo comparado a los que viven con su familia

5.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores que se encuentran en un asilo.
- Identificar el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores que viven con su familia.
- Identificar si existe diferencia en el Autoconcepto de los adultos mayores con respecto a la edad.
- Identificar si existen diferencias en el Autoconcepto de los adultos mayores con respecto al género.
- Identificar si existe diferencias en el Autoconcepto de los adultos mayores con respecto al nivel educativo.
- Identificar si existe diferencia en el Autoconcepto de los adultos mayores con respecto a su estado civil.
- Identificar si existe diferencia en el Autoconcepto de los adultos mayores con respecto al número de hijos.
- Proponer alternativas de solución de enfermería, con el sustento teórico del Modelo de Adaptación de Callista Roy, para mejorar el modo de Autoconcepto de los adultos mayores.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. TIPO DE ESTUDIO

6.1.1. POR SU ENFOQUE ES CUANTITATIVO, CORRELACIONAL Y APLICABLE

Cuantitativo porque se medirá en tres niveles, el modo de Autoconcepto de los adultos mayores, las cuales serán: Comprometido, Compensatorio e Íntegro; dependiendo de la puntuación que obtengan con el instrumento Viveros 03, con el sustento teórico del modelo de Adaptación de Callista Roy.

Correlacional porque se cruzarán dos variables para obtener un resultado. Relacionando Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores de un asilo con los que viven con su familia.

Aplicable porque en base al resultado, buscaremos alternativa de solución de enfermería para mejorar el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores.

6.2. DISEÑO METODOLÓGICO

6.2.1. SEGÚN LA MANIPULACIÓN DE LAS VARIABLES ES EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO.

Experimental porque se intervendrá en dos grupos de estudio para la búsqueda de diferencia en el Nivel de Autoconcepto de los adultos mayores en un asilo comparado a los que viven con su familia.

Será transversal por que se hará una sola medición para los dos grupos de adultos mayores durante el estudio.

Es un estudio prospectivo por que la información se tomará directamente del paciente para poder analizar su Nivel de Autoconcepto individual y grupal.

6.3. LIMITES TEMPORO-ESPACIAL

6.3.1. TIEMPO

La etapa operativa de la investigación se realizara en un periodo de dos meses, de febrero a marzo de 2008.

6.3.2. ESPACIO

- Asilo para ancianos “Miguel Hidalgo” ubicado en Morelia, Michoacán.
- Habitantes adultos mayores que viven con su familia en Morelia, Michoacán.

6.4. UNIVERSO DE ESTUDIO

Población total de adultos mayores que residan en el asilo “Miguel Hidalgo” y todos adultos mayores que viven con su familia en la ciudad de Morelia, Michoacán, desarrollándose durante los meses febrero a marzo de 2008.

6.5. MUESTRA

- Población total de 22 adultos mayores que residen en el Asilo para ancianos “Miguel Hidalgo” en la ciudad de Morelia, Michoacán, desarrollándose durante los meses de los meses febrero a marzo de 2008.
- Una muestra de 22 adultos mayores que viven con su familia en la ciudad de Morelia, Michoacán, desarrollándose durante los meses febrero a marzo de 2008.

6.5.1. TIPO DE MUESTREO

- Aleatorio simple

6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

- 22 adultos mayores del Asilo “Miguel Hidalgo”, en Morelia, Michoacán.
- 22 adultos mayores que viven con su familia en Morelia, Michoacán.

6.5.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Con el programa estadístico SPSS 12.0 y SPSS 15.0
- Hoja de cálculo de: Microsoft Office 2007.

6.6. CRITERIOS DEL ESTUDIO

6.6.1. INCLUSIÓN

- Todos los Adultos mayores que hayan cumplido de 65 a 95 años que viven con su familia en la ciudad de Morelia, Michoacán.
- Todos los adultos mayores que hayan cumplido de 65 a 95 años de edad y que residan en el asilo “Miguel Hidalgo” en la ciudad de Morelia, Michoacán.

6.6.2. EXCLUSIÓN

- Todos los adultos mayores que hayan cumplido de 65 a 95 años que no vivan con su familia en la ciudad de Morelia, Michoacán.
- Todos los adultos mayores que hayan cumplido de 65 a 95 años de edad y que no residan en el asilo “Miguel Hidalgo” en la ciudad de Morelia, Michoacán.

6.6.3. ELIMINACIÓN

- Todos los adultos mayores que no han cumplido 65 años o que ya tengan más de 95 años de edad, que viven con su familia en la ciudad de Morelia, Michoacán.
- Todos los adultos mayores que no han cumplido 65 años o que ya tengan más de 95 años de edad y que residan en el asilo “Miguel Hidalgo” en la ciudad de Morelia, Michoacán.

6.7. VARIABLES

6.7.1. VARIABLES DESCRIPTIVAS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA
1. Edad	Categórica Ordinal	Años cumplidos de una persona que cubre el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento, por grupos de edad.	• 60 – 79 años • 80 y más años	Frecuencia y porcentaje
2. Sexo	Categórica Ordinal	Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres humanos.	• Masculino • Femenino	Frecuencia y porcentaje
3. Escolaridad	Categórica Ordinal	Total de cursos académicos que un estudiante.	• Primaria • Secundaria • Carrera técnica • Preparatoria • Licenciatura • Postgrado • Ninguna	Frecuencia y porcentaje
4. Estado Civil	Categórica Ordinal	Es la unión entre dos personas que deciden compartir su vida afectiva y que puede o no estar avaladas por la ley.	• Casado (a) • Soltero (a) • Unión libre • Divorciado (a) • Viudo (a).	Frecuencia y porcentaje
5. Ocupación	Categórica Ordinal	Es la dedicación que una persona decide tener en la vida con un fin gratificable económicamente o no.	• Empleado (a) • Obrero (a) • Ama de casa • Negocio propio • Ejercicio mi profesión • otra	Frecuencia y porcentaje

“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”

6. Religión	Categórica Ordinal	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	• Católica • Cristiana • Testigo de Jehová • Pentecostés • Séptimo día • Otra • Ninguna	Frecuencia y porcentaje
7. No. De Hijos	Categórica ordinal	Persona respecto de su padre o de su madre; el número varía en cada pareja.	• De 0- 9 hijos • De 10 a más hijos	Frecuencia y porcentaje

6.7.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores																		
Auto-concepto	Concepto que cada quien tiene de sí mismo (a): positivo o negativo. Se adquiere, enriquece y modifica a lo largo de la toda la vida del individuo.	Es el conjunto de creencias y sentimientos y la capacidad que tienen las personas de amarse.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th><th>-</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td><td>(a)=5</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td><td>(b)=4</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td><td>(d)=2</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td><td>(e)=1</td></tr></table>	Valores	+	-	Nada	(a)=1	(a)=5	Poco	(b)=2	(b)=4	Regular	(c)=3	(c)=3	Suficiente	(d)=4	(d)=2	Bastante	(e)=5	(e)=1
Valores	+	-																				
Nada	(a)=1	(a)=5																				
Poco	(b)=2	(b)=4																				
Regular	(c)=3	(c)=3																				
Suficiente	(d)=4	(d)=2																				
Bastante	(e)=5	(e)=1																				
Imagen corporal	Se relaciona al pensamiento que desarrolla la persona sobre su cuerpo.	Es la satisfacción que tiene con su apariencia ante la sociedad.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th><th>-</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td><td>(a)=5</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td><td>(b)=4</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td><td>(d)=2</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td><td>(e)=1</td></tr></table>	Valores	+	-	Nada	(a)=1	(a)=5	Poco	(b)=2	(b)=4	Regular	(c)=3	(c)=3	Suficiente	(d)=4	(d)=2	Bastante	(e)=5	(e)=1
Valores	+	-																				
Nada	(a)=1	(a)=5																				
Poco	(b)=2	(b)=4																				
Regular	(c)=3	(c)=3																				
Suficiente	(d)=4	(d)=2																				
Bastante	(e)=5	(e)=1																				

“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”

Sensación corporal	Hace referencia a todo lo que la persona puede llegar a sentir o percibir acerca de sí mismo.	Es su sentir acerca de su cuerpo ante la sociedad.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th><th>-</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td><td>(a)=5</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td><td>(b)=4</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td><td>(d)=2</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td><td>(e)=1</td></tr></table>	Valores	+	-	Nada	(a)=1	(a)=5	Poco	(b)=2	(b)=4	Regular	(c)=3	(c)=3	Suficiente	(d)=4	(d)=2	Bastante	(e)=5	(e)=1
Valores	+	-																				
Nada	(a)=1	(a)=5																				
Poco	(b)=2	(b)=4																				
Regular	(c)=3	(c)=3																				
Suficiente	(d)=4	(d)=2																				
Bastante	(e)=5	(e)=1																				
Yo consciente	Es una parte del yo personal que esta consiste en mantener una consistencia de auto organización y así poder prevenir el desequilibrio.	Es una parte de la persona que esta consiste de sus actos sobre sí mismo y ante la sociedad.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td></tr></table>	Valores	+	Nada	(a)=1	Poco	(b)=2	Regular	(c)=3	Suficiente	(d)=4	Bastante	(e)=5						
Valores	+																					
Nada	(a)=1																					
Poco	(b)=2																					
Regular	(c)=3																					
Suficiente	(d)=4																					
Bastante	(e)=5																					
Yo ideal	Parte de la personalidad que representa la fusión del yo y del superyó,	Cuando los pensamientos, la conducta y los impulsos de una persona coinciden con la meta, se experimentan sentimientos de satisfacción propia.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td></tr></table>	Valores	+	Nada	(a)=1	Poco	(b)=2	Regular	(c)=3	Suficiente	(d)=4	Bastante	(e)=5						
Valores	+																					
Nada	(a)=1																					
Poco	(b)=2																					
Regular	(c)=3																					
Suficiente	(d)=4																					
Bastante	(e)=5																					
Yo moral	Parte del yo psicológico donde el sujeto encierra la información relacionada con sus juicios de valor sobre lo bueno y lo	Imagen del respeto por sí mismo y del respeto por los demás.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th><th>-</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td><td>(a)=5</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td><td>(b)=4</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td><td>(d)=2</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td><td>(e)=1</td></tr></table>	Valores	+	-	Nada	(a)=1	(a)=5	Poco	(b)=2	(b)=4	Regular	(c)=3	(c)=3	Suficiente	(d)=4	(d)=2	Bastante	(e)=5	(e)=1
Valores	+	-																				
Nada	(a)=1	(a)=5																				
Poco	(b)=2	(b)=4																				
Regular	(c)=3	(c)=3																				
Suficiente	(d)=4	(d)=2																				
Bastante	(e)=5	(e)=1																				

“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”

	malo, lo aceptable y lo rechazable, así como el resultado que el entorno exterior espera de la aplicación conductual de estos juicios por el propio sujeto.																					
Yo ético	Conjunto de normas morales de la conducta humana que se rigen por la consciencia del individuo.	Método para establecer el camino que cada cual pretende seguir y el marco dentro del cual se moverá, y la realización de actos libres.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th><th>-</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td><td>(a)=5</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td><td>(b)=4</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td><td>(d)=2</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td><td>(e)=1</td></tr></table>	Valores	+	-	Nada	(a)=1	(a)=5	Poco	(b)=2	(b)=4	Regular	(c)=3	(c)=3	Suficiente	(d)=4	(d)=2	Bastante	(e)=5	(e)=1
Valores	+	-																				
Nada	(a)=1	(a)=5																				
Poco	(b)=2	(b)=4																				
Regular	(c)=3	(c)=3																				
Suficiente	(d)=4	(d)=2																				
Bastante	(e)=5	(e)=1																				
Yo religioso	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio.	Aspectos de conciencia de la persona frente a las acciones que realiza y como se percibe en el marco religioso.	➤ Comprometido ➤ Compensatorio ➤ Integrado	<table><tr><th>Valores</th><th>+</th></tr><tr><td>Nada</td><td>(a)=1</td></tr><tr><td>Poco</td><td>(b)=2</td></tr><tr><td>Regular</td><td>(c)=3</td></tr><tr><td>Suficiente</td><td>(d)=4</td></tr><tr><td>Bastante</td><td>(e)=5</td></tr></table>	Valores	+	Nada	(a)=1	Poco	(b)=2	Regular	(c)=3	Suficiente	(d)=4	Bastante	(e)=5						
Valores	+																					
Nada	(a)=1																					
Poco	(b)=2																					
Regular	(c)=3																					
Suficiente	(d)=4																					
Bastante	(e)=5																					

6.8. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

INSTRUMENTO VIVEROS 03 PARA MEDIR EL AUTOCONCEPTO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS [14]

DATOS DEL INSTRUMENTO

El instrumento que será utilizado para la recolección de los datos es la que ha sido elaborada por la autora: Margarita Viveros Salgado.

a) Ficha técnica

Autora: Margarita Viveros Salgado

Año de Edición: 2003.

Idioma: Español México.

Forma de Administración: Individual.

Normas que ofrece: Los sistemas de medida dan lugar a varias modalidades de normas.

Áreas que Explora: El instrumento está dividido en 8 subtest, las cuales valora las áreas del Autoconcepto, que son: Autoestima, imagen corporal, sensación corporal, yo consciente, yo ideal, yo moral, ético y religioso.

Viveros 03 es un instrumento, que permite valorar el Autoconcepto de personas con enfermedades crónicas degenerativas o terminales con el sustento teórico de Callista Roy.

A este instrumento se le dio el nombre de "Viveros 03" por ser el apellido de la autora y el año en que se validó. La intención es de que sea un instrumento propio de la profesión, ya que enfermería cuenta con instrumentos de otras disciplinas y de otros entornos culturales, pero ninguno propio y del país; está sustentado en la teoría de Callista Roy, enfermera teórica norteamericana, ella valora a la persona como un sistema vivo, que tiende a adaptarse a los cambios con el entorno, ve a la persona como un sistema adaptativo que funciona como un todo.

b) Descripción del instrumento

El instrumento “Viveros 03” consta de 57 ítems, está estructurado con una escala de proporción calificando 5 categorías: nada, poco, regular, suficiente, bastante, la escala va del 1 al 5, planteadas de manera positiva y negativa, la calificación mínima que obtiene un paciente es 57 y la máxima de 285, los rangos para calificar de acuerdo a los niveles que maneja Roy: comprometido, compensatorio e integrado.

c) Normas de corrección

Con una escala de calificación que va del 1 al 5, las preguntas están planteadas de manera positiva (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) en total 42 y el resto de las preguntas, es decir, 15 de manera negativa (1, 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 25, 41, 49, 50), la forma de calificarlas sería la siguiente:

Cuadro C.1		
Valores	Positivos	Negativos
Nada	(a) = 1	(a) = 5
Poco	(b) = 2	(b) = 4
Regular	(c) = 3	(c) = 3
Suficiente	(d) = 4	(d) = 2
Bastante	(e) = 5	(e) = 1

En donde la calificación mínima que podría obtener un paciente sería de 57 y la máxima de 285, de acuerdo a los conceptos de adaptación manejados por Callista Roy: integrado, compensatorio y comprometido por lo que se hacen rangos para calificar el nivel de adaptación del modo de Autoconcepto:

“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”

Cuadro C.2	
Puntaje de calificación	Nivel adaptativo
De 57 a 133 puntos	Comprometido
De 134 puntos a 209	Compensatorio
De 210 puntos a 285	Integrado

Las áreas que valora el instrumento y las calificaciones por cada subtes en cada nivel del Autoconcepto:

Cuadro C.3									
Núm. de Ítems	TEST / SUBTES	Calf. Min.	Calf. Máx.	Nivel adaptativo		Nivel adaptativo		Nivel adaptativo	
				Comprometido		Compensatorio		Integrado	
				Calf. Min.	Calf. Máx.	Calf. Min.	Calf. Máx.	Calf. Min.	Calf. Máx.
1 a la 57	Autoconcepto	57	285	57	133	134	209	210	285
Calificaciones del Sub – test									
1 a la 15	Autoestima	15	75	15	35	35.3	55	55.3	75
16 a la 21	Imagen corporal	6	30	6	14	14.1	22	22.1	30
22 a la 25	Sensación corporal	4	20	4	9.3	9.4	14.7	14.8	20
26 a la 33	yo consciente	8	40	8	18.7	18.8	29.3	29.4	40
34 a la 40	yo ideal	7	35	7	16.3	16.4	25.7	25.8	35
41 a la 47	Yo moral	7	35	7	16.3	16.4	25.7	25.8	35
48 a la 52	Yo ético	5	25	5	11.7	11.8	18.3	18.4	25
53 a la 57	Yo religioso	5	25	5	11.7	11.8	18.3	18.4	25
Total de puntuación= Autoconcepto		57	285	57	133	134	209	210	285

d) Validez y confiabilidad del instrumento de “Viveros 03”

- **Validez de contenido:** La redacción de los ítems tuvo algunos cambios de expresión, de acuerdo a algunas sugerencias, considerando las características de la población investigada.

Los ítems que cambiaron respecto a su expresión son:

20.- ¿Es tu cuerpo armonioso? **POR** ¿Es tu cuerpo agradable?

22.- ¿Te sientes una persona bien presentada? **POR** ¿Te sientes una persona bien presentable o arreglada?

45.- ¿Crees que atiendes a tus padres como debes? (o cuando los tenías los atendías como debías). **POR** ¿Crees que atiendes a tu familia como debes? (o cuando los tenías los atendías como debías).

57.- ¿Quisieras que fuera parte importante de tu vida diaria? **POR** ¿Quisieras que Dios fuera parte importante de tu vida diaria?

- **Validez de constructo:** La validez de constructo del instrumento se hizo a través de un piloteo en Taxco con 10 personas posinfartadas procesaron los datos en un paquete estadístico S.P.S.S versión 11. Los resultados mostraron que todos los reactivos discriminaron significativamente 0.8581.
- **Confiabilidad:** La confiabilidad evaluada con el coeficiente Alfa Crombach mostró un valor de 0.8581 utilizándose para ello el paquete estadístico S.P.S.S. versión 11.0

6.8.1. PROCEDIMIENTOS

Se buscará a los adultos mayores de 65 a 87 años que participaran en el estudio, los que están en control en el hospital General “Dr. Miguel Silva” y en el Asilo para Ancianos “Miguel Hidalgo”, posterior a esto, se les dará a conocer el consentimiento informado para que decidan participar o no, en el estudio.

A cada integrante de estos dos grupos de adultos mayores que cumplan con las características señaladas anteriormente, se le proporcionará el cuestionario de Viveros 03, para identificar el modo de Autoconcepto.

Al finalizar la aplicación del instrumento se analizarán y discutirán los resultados obtenidos para crear soluciones alternativas de enfermería para mejorar el modo de Autoconcepto de los Adultos Mayores.

6.9. RECURSOS

6.9.1. HUMANOS

Pasante de la Facultad de Licenciatura en Enfermería incorporado a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo: Fernando Martínez Martínez.

Asesora: Mayra Itzel Huerta Baltasar.

6.9.2. MATERIALES

Computadora de mesa HP con programa anexo Microsoft Windows XP Profesional versión 2002, Microsoft Office 2003; Computadora portátil HP Vista con programa anexo de Windows Vista Home Premium, Microsoft Office 2007, Dispositivo de almacenamiento masivo USB (memoria) de 1Gb, CD'S DE 700 MB, libros, Internet, revistas, impresiones, copias, lápices, gomas, bolígrafos, hojas blancas, etc.

6.9.3. FINANCIEROS

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO
Computadora Laptop	1	\$14,800
Renta de internet	2 Meses \$30 pesos diarios por 23 días al mes	\$1,380
Suscripción anual a Revista “Desarrollo científico en Enfermería”	Anual	\$500
Recargas de Celular	20 de \$30	\$600
Pasajes de Transporte Público en Morelia	8 Meses \$120 mensual	\$1280
Impresiones en computadora	1000 páginas	\$1000
Hojas tamaño Carta	1000 hojas	\$300
Discos Compactos para la recuperación de la investigación	4	\$80
Empastado de tesis	6 Tomos \$180 C/U	\$1080
Pago a tesorería de la Universidad para memorándum	1	\$65
Pago en Banorte por concepto de: Certificados, Honorarios de jurados, Gastos diversos de examen.	\$250 \$4,015 \$955	\$5,220
Pago en Banorte por concepto de: Cooperación por Título de Licenciatura en Enfermería	1	\$1,200
Pago en Tesorería de la UMSNH por concepto de: Constancia de No Adeudo a la Biblioteca pública del centro	1	\$150
Pago a tesorería municipal por concepto de: Legalización de Firmas	1	\$74
Pago a Tesorería de la UMSNH por concepto de: Constancia de la Biblioteca central de la UMSNH	1	\$65
Paquete de fotografías en B/N para titulo	3 Títulos 7 Credencial 4 Infantil	\$400
TOTAL		\$28,194

6.10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Nov. 07	Dic. 07	Enero 08	Feb. 08	Marzo 08	Abril 08	Mayo 08	Jun. 08
Elección de tema de investigación	x							
Recolección de información	x							
Lectura y análisis de información	x							
Elaboración del protocolo de investigación		x	x					
Presentación del protocolo de investigación			x					
Correcciones y modificaciones			x					
Recolección de datos				x	x			
Análisis de datos						x		
Elaboración del informe							x	
Presentación de Informe y Examen de Titulación								x

6.11. DIFUSIÓN

- Se publicará en la página de Internet de investigación de la Facultad de Enfermería, incorporado a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- En la Revista Desarrollo Científico de Enfermería

6.12. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

La investigación considera las normas éticas internacionales de investigación en humanos teniendo en cuenta EL CÓDIGO NÜREMBERG y EL CÓDIGO DE ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD.

Los aspectos éticos contemplados en el estudio se garantizan por la confiabilidad y resguardo que tendrá el asesor sobre la información que se recabe, omitiéndose nombre de cada uno de las unidades de estudio.

CÓDIGO NÜREMBERG

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, es decir, la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte de un sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento.

El experimento deberá diseñarse y basarse sobre los datos de la experimentación animal previa y sobre el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan prometer resultados que justifiquen la realización del experimento.

El experimento deberá llevarse a cabo de modo que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

Deben tomarse las medidas apropiadas y se proporcionaran los dispositivos adecuados para proteger al sujeto de las posibilidades, aun de las más remotas, de lesión, incapacidad o muerte.

En el curso del experimento el sujeto será libre de hacer terminar el experimento, si considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar en él.

En el curso del experimento el científico responsable debe estar dispuesto a ponerle fin en cualquier momento, si tiene razones para creer, en el ejercicio de su buena fe, de su habilidad comprobada y de su juicio clínico, que la continuación del experimento puede probablemente dar por resultado la lesión, la incapacidad o la muerte del sujeto experimental.

CÓDIGO DE ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD

Art.-270: Las Organizaciones Profesionales Científicas deben propiciar la creación de Comités de Ética para solicitar su opinión sobre los distintos protocolos de investigación.

Art.-271: Los miembros del Equipo de Salud tienen el deber de comunicar prioritariamente a la prensa científica los descubrimientos que hayan realizado o las conclusiones derivadas de sus investigaciones. Antes de la divulgación al público no médico, los someterán al criterio de sus pares científicos.

Art.-272: Las Organizaciones Profesionales Científicas efectuarán vigilancia y denuncia, dentro de sus posibilidades, sobre investigaciones discriminatorias en seres humanos tales como las que puedan efectuarse en distintos países sin dar cumplimiento a las regulaciones éticas al respecto.

La investigación clínica o investigación con seres humanos, debe entenderse como estudios orientados hacia el avance del conocimiento médico, realizado por profesionales calificados, con experiencia en el tema y de acuerdo con un protocolo que establece el objetivo de la investigación, las razones de su empleo, la naturaleza y el grado de riesgos previstos y posibles así como su relación con los beneficios que se esperan de sus resultados. En este proceso es de rigor ético mantener vigentes los Códigos Internacionales que figuran como Anexos al presente Código de Ética del Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad de Ética en Medicina que comenzaron en la ciudad de Núremberg donde funcionó el Tribunal Internacional para juzgar a un grupo de médicos acusados de someter a prisioneros a experimentos reñidos con los derechos humanos, la ética y la moral. La investigación clínica cuenta con Principios Básicos que se enumeran a continuación:

Aspectos éticos de las investigaciones clínicas

Art.-393: La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos universalmente aceptados y basarse en experimentos de laboratorio y en animales, correctamente realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

Art.-394: El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo que se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un Comité Independiente del investigador y de la entidad patrocinadora, con la condición de que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país y a las prescripciones de los códigos internacionales.

Art.-395: La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente. La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque haya acordado su consentimiento.

Art.-396: La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente, a menos que la importancia de su objetivo esté en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.

Art.-397: Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Art.-398: Deberá siempre respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación, adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre la integridad física, mental y de su personalidad.

Art.-399: Los miembros del Equipo de Salud deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles, igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

Art.-400: Al publicar los resultados de su investigación, el miembro del Equipo de Salud tiene la obligación de respetar su exactitud. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios reconocidos científicamente, no deben ser aceptados para su publicación.

Art.-401: Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento pueda implicar. Cada una de esas personas debe ser informada que posee libertad para no participar en el experimento así como para anular en cualquier momento su consentimiento.

Art.-402: Al obtener consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el miembro del Equipo de Salud debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia hacia él o dé el consentimiento informado bajo coacción. En tal caso deberá obtener el

consentimiento otro miembro del Equipo de Salud que no esté implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial.

Art.-403: El consentimiento informado debe darlo el tutor legal en caso de incapacidad física o mental o cuando el individuo sea menor de edad, según las disposiciones legales nacionales de cada caso. Cuando el menor de edad pueda dar su consentimiento, habrá que obtener este, además del consentimiento del tutor legal.

Art.-404: El protocolo de la investigación debe contener siempre una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios fundamentales en investigación clínica.

Investigaciones epidemiológicas

Art.-418: Para numerosos tipos de investigaciones epidemiológicas, el consentimiento informado individual es impracticable, aunque debe entonces recurrirse a un Comité de Ética que constate que el plan protege la seguridad y el respeto a la privacidad de los sujetos incorporados, así como mantiene la confidencialidad de los datos obtenidos en relación a la preservación del secreto profesional.

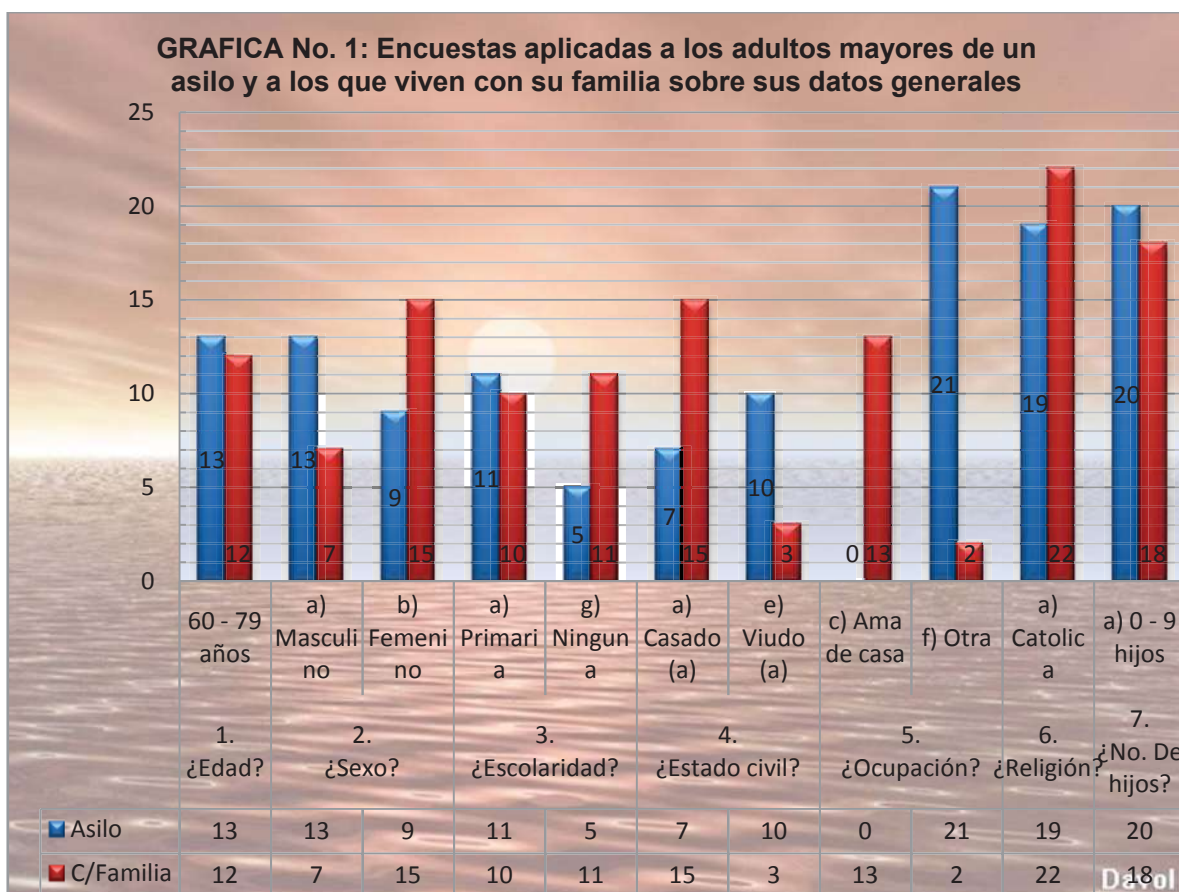
ENFERMERÍA E INVESTIGACIONES

Art.-575: El secreto profesional es una responsabilidad ética y legal del personal de enfermería, si participare en una investigación.

6.13. RESULTADOS

TABLA No. 1																										
Encuestas aplicadas a los adultos mayores de un asilo y a los que viven con su familia sobre sus datos generales																										
Preg1. ¿Cuántos años tienes cumplidos?																										
Edad en años		65	67	68	69	70	71	72	74	75	76	77	78	80	81	82	83	84	86	87	88	90	91	94	95	Total
Gru pos	Asilo	0	1	1	0	0	0	1	1	2	3	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	22
	C/Fa milia	1	0	1	2	1	3	1	1	0	0	0	2	2	0	2	0	0	3	0	1	1	1	0	0	22
Total		1	1	2	2	1	3	2	2	2	3	2	4	3	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	44
Preg2. ¿Cuál es tu sexo?																										
Sexo		Masculino										Femenino										Total				
Gru pos	Asilo	13										9										22				
	C/Familia	7										15										22				
Total		20										24										44				
Preg3. ¿Cuál es tu escolaridad?																										
Escolaridad		Primaria				Secundaria				Preparatoria				Licenciatura				Ninguna				Total				
Gru pos	Asilo	11				4				1				1				5				22				
	C/Fa milia	10				1				0				0				11				22				
Total		21				5				1				1				16				44				
Preg4. ¿Cuál es tu estado civil?																										
Estado civil		Casado (a)				Soltero (a)				Unión libre				Viudo (a)				Total								
Gru pos	Asilo	7				5				0				10				22								
	C/Familia	15				3				1				3				22								
Total		22				8				1				13				44								
Preg5. ¿A qué te dedicas?																										
Oficio		Obrero (a)				Ama de casa				Negocio propio				Otra				Total								
Gru pos	Asilo	0				0				1				21				22								
	C/Familia	4				13				3				2				22								
Total		4				13				4				23				44								
Preg6. ¿Cuál es tu religión?																										
Religión		Católica				Cristiana				Ninguna				Total												
Gru pos	Asilo	19				1				2				22												
	C/Familia	22				0				0				22												
Total		41				1				2				44												
Preg7. ¿Cuánto hijos tienes?																										
Número de hijos		0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	16	Total											
Gru pos	Asilo	7	4	3	1	1	1	0	3	0	1	0	1	0	22											
	C/Fa milia	3	1	1	1	3	1	3	1	4	1	1	1	1	22											
Total		10	5	4	2	4	2	3	4	4	2	1	2	1	44											

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adultos mayores de 65 a 95 años residentes de un asilo y a los que viven con su familia, anexo al Instrumento Viveros 03 que consta de siete preguntas sobre datos generales de la persona con diferentes variables.



INTERPRETACIÓN:

Edad: de adultos mayores los que viven en el asilo 13 (59.09%) y los que viven con su familia 12 (54.54%) tienen de entre 60 a 79 años; el resto tienen 80 y más años en ambos grupos.

Sexo: En el asilo 13 (59.09%) son del sexo masculino y de los adultos mayores que viven con su familia 15 (68.18%) son del sexo femenino.

Escolaridad: 11 (50%) de los adultos mayores del asilo estudiaron hasta la primaria, mientras que los que viven con su familia 11 (50%) no tienen ningún estudio.

Estado civil: 10 (45.45%) de los adultos mayores del asilo y de los que viven con su familia 15 (68.18%) están casados (as).

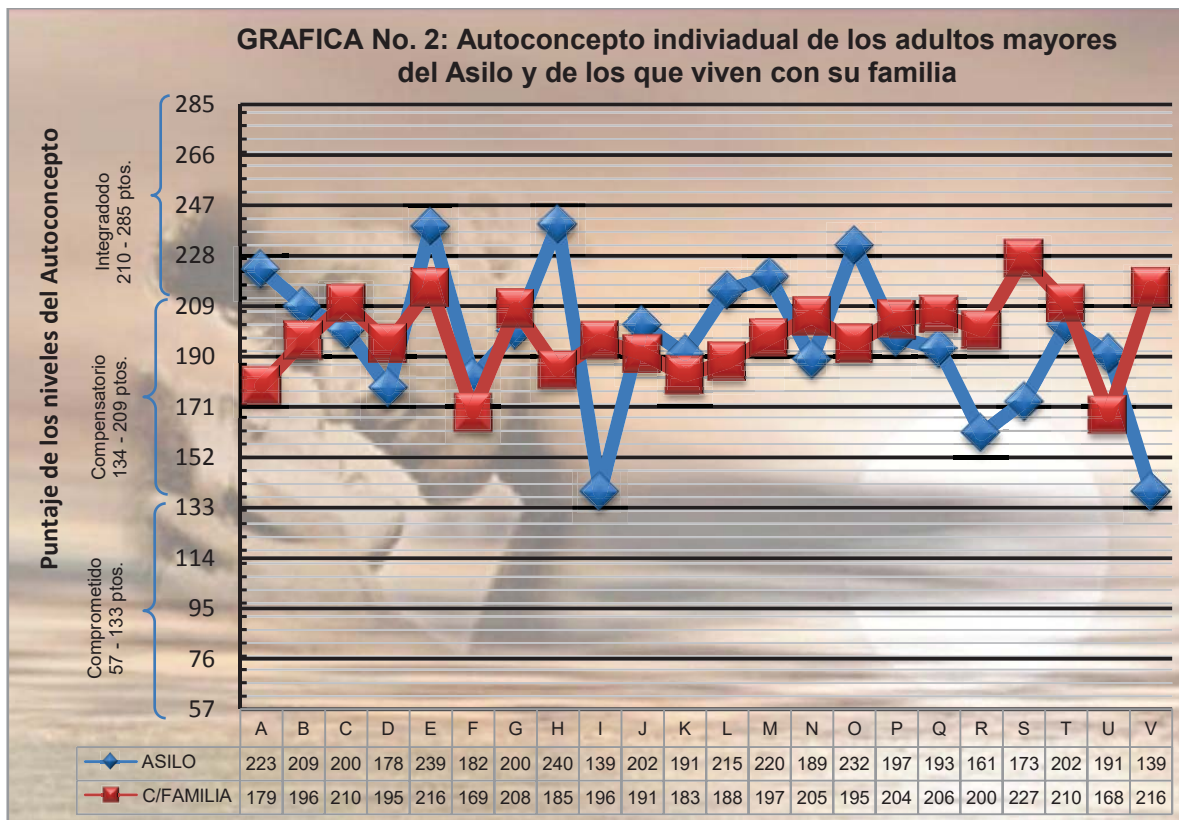
Ocupación: 21 (95.45%) de los adultos mayores del asilo no se realizan o no tienen trabajo, mientras que 13 (59.09%) de los que viven con su familia son ama de casa.

Religión: 19 (86.36%) de los adultos mayores del asilo y 22 (100%) de los que viven con su familia son católicos.

No. De hijos: 20 (90.90%) de los adultos mayores del asilo y 18 (81.81%) de los que viven con su familia tienen de 0-9 hijos.

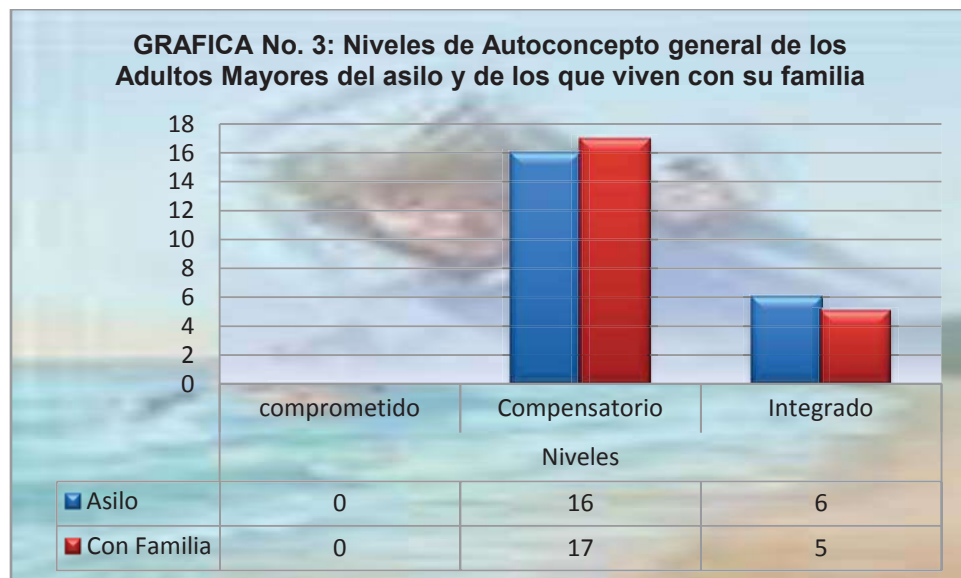
TABLA No. 2 Autoconcepto individual de los Adultos Mayores del Asilo y de los que viven con su familia FUENTE: Instrumento Viveros 03				
		Grupos		
		Asilo	C/Familia	Total
Puntaje	139	1	0	1
	161	1	0	1
	168	0	1	1
	169	0	1	1
	173	1	0	1
	178	1	0	1
	179	0	1	1
	182	1	0	1
	183	0	1	1
	185	0	1	1
	188	0	1	1
	189	1	0	1
	191	2	1	3
	193	2	0	2
	195	0	2	2
	196	0	2	2
	197	1	1	2
	200	2	1	3
	202	2	0	2
	204	0	1	1
	205	0	1	1
	206	0	1	1
	208	0	1	1
	209	1	0	1
	210	0	2	2
	215	1	0	1
	216	0	2	2
	220	1	0	1
	223	1	0	1
	227	0	1	1
	232	1	0	1
	239	1	0	1
	240	1	0	1
Total		22	22	44

“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”



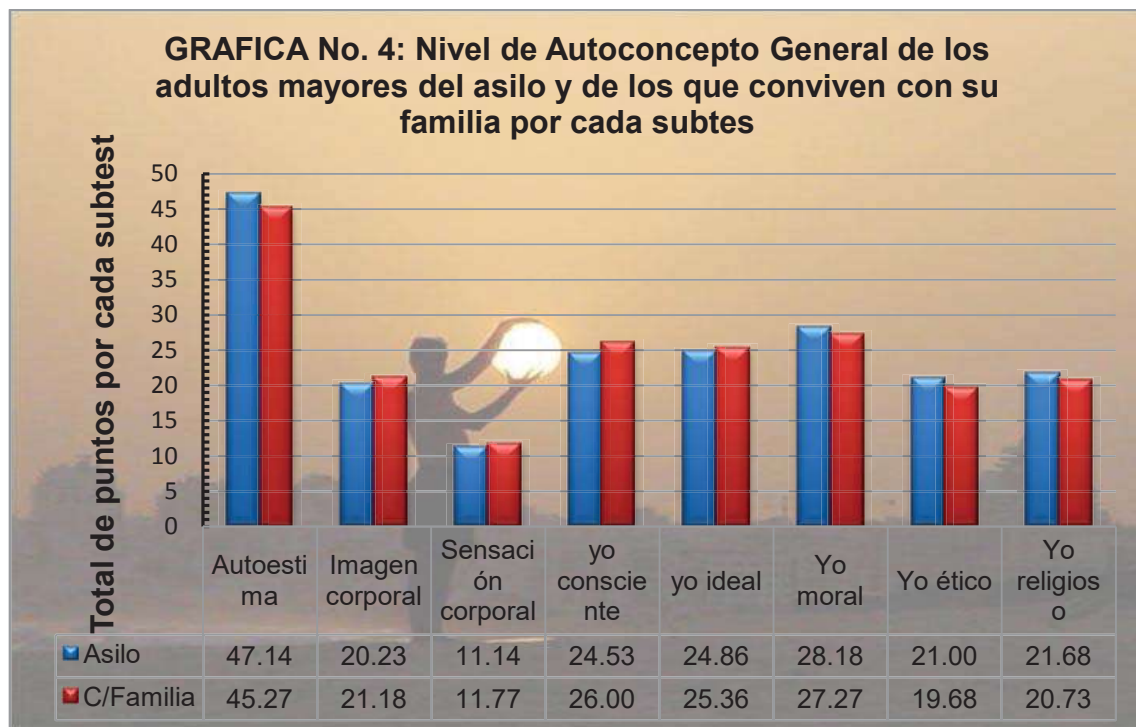
INTERPRETACIÓN: En esta grafica se muestran los resultados individuales que obtuvieron ambos grupos de estudio, las cuales el puntaje de los que viven en el Asilo oscila entre 139 puntos como mínimo y 240 puntos como máximo; mientras que los adultos mayores que viven con su familia, el mínimo es de 168 puntos y el máximo de 227 puntos. Siendo un total de 22 encuestados para cada grupo nombrados de la letra A – V.

TABLA No. 3 Nivel de Autoconcepto general de los Adultos Mayores del Asilo y de los que Viven con su familia FUENTE: Instrumento Viveros 03				
Grupos		Asilo	Con Familia	Total
Niveles	Comprometido	0	0	0
	Compensatorio	16	17	33
	Integrado	6	5	11
Total		22	22	44



INTERPRETACIÓN: Con base en los resultados obtenidos 16 (72.72%) adultos mayores del Asilo obtuvieron un nivel Compensatorio en su Autoconcepto y el resto (6 adultos mayores) Integrado; mientras que los adultos mayores que viven con su familia 17 (77.27%) obtienen el nivel de Autoconcepto Compensatorio y 5 obtienen un nivel de Autoconcepto Integrado. Siendo un total de 22 para cada grupo de estudio.

TABLA No. 4								
Nivel de Autoconcepto General de los adultos mayores del asilo y de los que viven con su familia por cada subtes								
FUENTE: Instrumento Viveros 03								
	Autoestima	Imagen corporal	Sensación corporal	yo consciente	yo ideal	Yo moral	Yo ético	Yo religioso
Asilo	47,14	20,23	11,14	24,53	24,86	28,18	21,00	21,68
C/Familia	45,27	21,18	11,77	26,00	25,36	27,27	19,68	20,73



INTERPRETACIÓN: En base a los resultados obtenidos por subtest de los adultos mayores del asilo y de los que viven con su familia; ambos grupos tienen la Autoestima, la Imagen Corporal, la Sensación Corporal, el Yo Consciente, y el Yo Ideal en un nivel Compensatorio y para los subtest del Yo Moral, Ético y religioso de ambos grupos el nivel es Integrado, tomando referencia en el [Cuadro C.3.](#)

6.14. DISCUSIONES

En este estudio se analizaron cada uno de los subtes con los que cuenta el Instrumento Viveros 03 para medir el nivel de Autoconcepto con el sustento teórico de Roy, utilizando para ello el total de adultos mayores de un Asilo y una muestra de los que viven con su familia, de edades comprendidas entre los 65 y 95 años, siendo un total de 22 para cada grupo de estudio. Los resultados revelan Concretamente una correlación entre la Autoestima, la Imagen Corporal, la Sensación Corporal, el Yo Consciente y el Yo Ideal en un nivel Compensatorio, con una mínima de diferencia en la puntuación y, para los subtes del Yo Moral, Ético y religioso de ambos grupos, el nivel es Integrado (Ver tabla No. 4).

- El Nivel de Autoconcepto que se encontró en este estudio, para ambos grupos es intermedio; o sea, Compensatorio de acuerdo a los niveles que maneja Roy en su modelo de Autoconcepto, la diferencia que se encuentra en ambos grupos es mínima; Mientras que las Maestras en ciencias de Enfermería Bañuelos-Barrera Patricia, Bañuelos-Barrera Yolanda y pasantes de licenciatura en Enfermería Esquivel-Rodríguez Martha, Moreno-Ávila Vanessa, en *EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES CON CÁNCER EN MAMA* un estudio realizado en el 2007 en Durango, encontraron en general valores bajos (media de 57.1) en el Autoconcepto [15].
- En este estudio los resultados de los subtes del Autoconcepto del asilo fue de 47.14 puntos y los que viven con su familia de 45.27 puntos, la diferencia es mínima aunque los que viven con su familia tienen ligeramente bajo su nivel de Autoestima con respecto a los del asilo por la forma de los tratos que reciben por parte de los familiares, aunque ambos grupos tienen un nivel de autoestima compensatorio (que corresponde de 35.3 a 55 puntos); Mientras que en un ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOCONCEPTO EN NIÑOS DE DIFERENTE NIVEL SOCIO ECONÓMICO concluyeron que no hubo diferencias significativas entre el puntaje total de la prueba de autoestima, en

ningún nivel socioeconómico. Los promedios de autoestima obtenidos en 2003 respecto de 1992 se mantienen [16].

- De todos los Adultos Mayores de cada grupos de estudio, 21 (95.45%) de los del asilo no tienen trabajo, mientras que 13 (59.09%) de los que viven con su familia son ama de casa, esto quiere decir que la mayoría de ambos grupos de estudio, no tienen un ingreso económico y no se realizan, afectándose así su Autoconcepto. Mientras que en la *Relación entre las variables Autoconcepto y creatividad en una muestra de alumnos de educación infantil*, se menciona que el Autoconcepto puede ser estimulado a través de la implementación de un programa psicoeducativo basado en los cuentos, diseñado especialmente para el desarrollo de la creatividad. De esta manera, se confirmó la hipótesis específica referida al efecto del programa en la creatividad y el Autoconcepto de los sujetos, encontrándose que aquellos que fueron sometidos al programa (grupo experimental) manifestaron un aumento significativamente mayor en su expresión de la capacidad creativa y de su Autoconcepto, que aquellos que no fueron sometidos a la aplicación de dicho programa (grupos control) [17].
- En este estudio se observa que la edad promedio es de 78 años y la gran mayoría se siente trabajador, solo que en la sociedad en que vivimos no les permite hacerlo; el Sexo que predomina en el asilo es el masculino con 13 (59.09%) y de los adultos mayores que viven con su familia es el femenino con 15 (68.18%), porque las mujeres son las que muestran más interés saber cómo se encuentran en su Autoconcepto. En la Escolaridad 11 (50%) de los adultos mayores del asilo estudiaron hasta la primaria, mientras que los que viven con su familia 11 (50%) no tienen ningún estudio, esto nos muestra que quienes estudiaron hasta el nivel básico, son lo que se encuentran en el asilo porque la mayoría no tuvo familia y por ello no tienen con quien vivir; 10 (45.45%) de los adultos mayores del asilo y 15 (68.18%) de los que viven con su familia están casados (as); aunque 21 (95.45%) de los adultos mayores del asilo no tienen trabajo y 13 (59.09%) de los que viven con su familia son ama

de casa. En el asilo 19 (86.36%) de los adultos mayores son católicos, los 2 restantes no creen en Dios y 22 (100%) de los que viven con su familia son católicos. De los adultos mayores del asilo 7 no tuvieron hijos a diferencia de los que viven con su familia 3 no tuvieron hijos; el promedio de Numero de hijos para ambos grupos es de cero (0). Mientras que en el “MODELO MULTIPROFESIONAL PARA FORTALECER EL AUTOCONCEPTO EN ADULTOS MAYORES” se encontraron que, Con relación a la identificación del Autoconcepto de los 10 adultos y adultas mayores que cumplieron satisfactoriamente con el programa de intervención; encontramos que se definen como ciudadanos (as), trabajadores (as), Viejos (as), canosos (as), amistosos (as), con espíritu de juventud, amables, sociables, orgullosos (as), simpáticos (as), queridos (as), activos (as) y aunque con menor porcentaje manifestaron ser viudos (as), sentirse diferentes a su juventud, estar enfermos (as) pero al mismo tiempo satisfechos (as) y sentir soledad. Como se observa se concluye con mayor numero de definitorias con una valía neutra como viejo (a) y canoso (a) y diferente a su juventud, en tanto que las definidoras como viudo (a), enfermo (a), y soledad son definidoras que tienen una connotación negativa; al igual que viejo y canoso, son características propias de la edad, socialmente no se desean o son vistas como factores que deterioran la calidad de vida [18].

- Los resultados obtenidos por subtes del Instrumento Viveros 03, aplicado a los adultos mayores de 65 a 95 años residentes de un asilo y a los que viven con su familia, para valorar su Autoconcepto con el sustento teórico de Callista Roy; ambos grupos tienen la Autoestima, la Imagen Corporal, la Sensación Corporal, el Yo Consciente, y el Yo Ideal en un nivel Compensatorio, porque sienten la necesidad de ser activos en todos los aspectos, en la sociedad en la que interactúan todos los días; y para los subtes del Yo Moral, Ético y religioso de ambos grupos el nivel es Integrado. Mientras que en “EL AUTOCONCEPTO FÍSICO COMO PREDICTOR DE LA INTENCIÓN DE SER FÍSICAMENTE ACTIVO”, encuentran que la correlación de los factores del

Autoconcepto físico y la intencionalidad de ser físicamente activo, todos los factores se relacionaron de forma positiva, exceptuando el subfactor de apariencia física, que se relacionó negativamente con el resto de factores, y la condición física, que lo hizo de igual forma con la apariencia física [19].

En un estudio realizado en Durango, encontraron en general valores bajos en el Autoconcepto, en tanto que en esta investigación se encontró que la mayoría tiene valores intermedios (compensatorio). Otros estudios demuestran que el nivel socioeconómico no interfiere en la autoestima de los niños, pero en los adultos mayores sí, ya que no sienten realizados o no se pueden realizar independientemente sin ella. El autoconcepto de adultos mayores es un definidor que socialmente no se desean o son vistas como factores que deterioran la calidad de vida de las personas. El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo, se relaciona de forma positiva, exceptuando los subfactores de apariencia física y condición física, que se relaciona negativamente en todos los adultos mayores.

6.15. CONCLUSIONES

El Autoconcepto es un sistema complejo que incluye desde la imagen corporal hasta los pensamientos, sentimientos, actitudes, valores y aspiraciones de la persona. Es además, un fenómeno social, por cuanto su reafirmación o transformación se basa, en gran medida, en las relaciones sociales.

- Un buen Autoconcepto favorece el sentido de identidad. Sirve como marco de referencia para interpretar, tanto la realidad externa como las experiencias personales. Además, influye en las expectativas y en la motivación para el logro de las metas futuras y, cuando es positivo, fomenta el bienestar emocional.
- Las instituciones interesadas en el tema del fomento del Autoconcepto positivo en los adultos mayores, deben establecer un marco conceptual común, que les permita aplicar diversos procedimientos y desarrollar actitudes y conductas que favorezcan la creación de un clima que coadyuve a alcanzar tal propósito.
- El papel de la orientación debe convertirse en central para la solución sistemática y la prevención de problemas, que favorezca el Autoconcepto tanto de los adultos mayores como del personal de las instituciones que prestan servicio a este grupo social.
- Es importante señalar que el desarrollo de una persona sana necesita de un concepto positivo de sí misma, al igual que el desarrollo de una imagen satisfactoria de una o de uno mismo, es crucial para el logro de un mejor nivel de Autoconcepto.

6.16. SUGERENCIAS

- Esta investigación puede suponer un punto de partida para nuevos trabajos ya que actualmente no existen muchas investigaciones que analicen los Niveles de Autoconcepto de los Adultos Mayores.
- Es importante remarcar la necesidad, de desarrollar programas que fomenten la adquisición y el afianzamiento de los hábitos de vida saludables como el “Programa de Educación Saludable” diseñado por la Secretaría de Salud de México, en el que se incluyen tanto las escuelas como los centros deportivos, logrando la implicación de todo tipo de instituciones para fomentar unos hábitos de vida saludables, en este caso dirigidos a las Instituciones Públicas o privadas que proporcionen atención a los Adultos mayores. Por tanto, sería muy positivo que se valore la práctica de la actividad físico-deportiva y de juegos de mesa como un factor para la salud en el ámbito físico y el psicológico, pues podría potenciar efectos positivos sobre los niveles en el Autoconcepto de los adultos mayores.
- Se recomienda promover políticas sociales que favorezcan la participación e integración comunitaria, así como la reconstrucción de redes sociales en pos de optimizar las condiciones de vida del sector añoso para mitigar las condiciones de exclusión contemporánea.
- Promover la participación de estudiantes del área de la salud, específicamente de enfermería para la investigación en el área de la geriatría.

6.17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Autoconcepto Tesis [en línea]. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/gonzalez_c_ci/capitulo1.pdf
2. Envejecimiento Biológico Introducción con el avance de la medicina [en línea]. Publicación de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
3. Lida Cabanes Flores. Tercera Edad. Necesidad de Educación para el Adulto Mayor [en línea]. 10 de junio 2005. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL: <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml#tercera>
4. CARITAS BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR. *Manual de Vejez y Proceso de Envejecimiento*. Editorial Plaza y Valdez. Primera Edición. 2002. Pág. 25.
5. MORELIA – Wikipedia, la enciclopedia libre (2.1.Población municipal) [en línea]. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Morelia#Poblaci.C3.B3n_municipal
6. Enf. María Elisa Moreno, Francy Sánchez, Yenny Tabares, Lina Barreto. *MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY* [en línea]. [fecha de acceso 22 de Enero de 2008]. URL disponible en: http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/M_Callista_Roy/paginas/default.htm
7. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor [en línea]. Publicación de la Unidad de Medicina Basada en Evidencia, Pontificia Universidad Católica de Chile. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>
8. Misericordia García Hernández, María Pilar T. E. y Esperanza B. P. *Enfermería Geriátrica* [en línea]. 2ª edición. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml#tercera>

- 2008]. URL disponible en:
http://books.google.com.mx/books?id=cJRk2uBS2VAC&pg=PA9&lpg=PA9&dq=Serie+de+modificaciones+morfol%C3%B3gicas+y+psicol%C3%B3gicas+de+car%C3%A1cter+irreversible&source=web&ots=Y1Lhtu8DrV&sig=iY8nahjZQNbZziPfuS9IojvGF_I&hl=es
9. Enfermería Geriátrica, apuntes Universitarios [en línea]. Publicación de la Universidad de Murcia, España. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: <http://pdf.rincondelvago.com/enfermeria-geronto-geriatrica.html>
 10. Mark H. Beers, M.D. Y Robert Berkow, M.D. *Manual Merck de Geriátría*. Segunda Edición.
 11. HAYFLICK, Leonard. *Cómo y por qué envejecemos*. Trad. Antonio Martínez Riu, Empresa Editorial Herder, S.A., Barcelona, 1999.
 12. Lida Cabanes Flores. Tercera Edad. Necesidad de Educación para el Adulto Mayor [en línea]. 10 de junio 2005, COLOMBO GERIATRIA. [Fecha de acceso 2 de enero de 2008]. URL disponible en: http://www.fundcolombodiaz.org.ar/contenidos.asp?CO_CODIGO=132
 13. Sección 1: Cuidado de enfermería integral en el adulto mayor [en línea]. [fecha de acceso 10 de Enero de 2008]. URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>
 14. Margarita Viveros Salgado y colaboradores. Desarrollo Científ. Enferm. Vol. 12, N° 4 Mayo, 2004. [en línea]. [fecha de acceso 28 de Diciembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/dce/12pdf/12-113.pdf>
 15. Bañuelos-Barrera Patricia, Bañuelos-Barrera Yolanda, Esquivel-Rodríguez Martha, Moreno-Ávila Vanessa. Universidad Juárez del Estado de Durango, México 2007). *Autoconcepto de Mujeres con Cáncer en Mama*. Rev. Enferm. Inst. Méx. Seguro Soc. 2007; 15 (3: 129-134. [En línea]. [Fecha de acceso 25 de Septiembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F2FD3D1A-4594-4F67-970D-C5E76996E96F/0/RevEnf3032007.pdf>
 16. Anneliese Dörr A. *Estudio Comparativo de Autoconcepto en Niños de Diferente Nivel Socioeconómico* (Facultad de Ciencias Sociales; escuela de

- Posgrado, programa de Magister; Chile, 2005). [En línea]. [Fecha de acceso 10 de Enero de 2008]. URL disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/dorr_a/sources/dorr_a.pdf
17. Clemente Franco Justo. Relación entre las variables autoconcepto y creatividad en una muestra de alumnos de educación infantil. Revista Electrónica de Investigación Educativa Vol. 8, No. 1, 2006. [En línea]. [Fecha de acceso 18 de Abril de 2008]. URL disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol8no1/contenido-franco.pdf>
 18. Araceli Contreras López. Modelo multiprofesional para fortalecer el autoconcepto de los adultos mayores. Colima, Junio 2005. [En línea]. [Fecha de acceso 2 de Enero de 2008]. URL disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ARACELI_CONTRERAS_LOPEZ.pdf
 19. Juan Antonio Moreno, Remedios Moreno y Eduardo Cervelló. EL AUTOCONCEPTO FÍSICO COMO PREDICTOR DE LA INTENCIÓN DE SER FÍSICAMENTE ACTIVO. *Psicología 262 y Salud*, Vol. 17, Núm. 2: 261-267, julio-diciembre de 2007. [En línea]. [Fecha de acceso 22 de Abril de 2008]. URL disponible en: <http://www.um.es/univefd/PS.pdf>

6.18. BIBLIOGRAFIA

1. MARK H. BEERS, M.D. Y ROBERT BERKOW, M.D. *Manual Merck de Geriátría*. Segunda Edición.
2. RAQUEL LANGARICA SALAZAR. *Gerontología y Geriátría*. Editorial Interamericana. 1985.
3. I. RUIPEREZ CANTERA Y P. LLORENTE DOMINGO. *Manuales Prácticos de Enfermería (auxiliares y Cuidados del anciano)*. McGraw-Hill. 1997.
4. Ataap A. Hodges L.C. *Enfermedad Gerontológico* Editorial McGraw-Hill, Interamericana, 1997.
5. PRIETO DE NICOLA. *Geriátría*. Editorial Manual Moderno. 1985.
6. ROBERT L. KANE, JOSEPH G. OUSLANDER, ITAMAR B. ABRASS. *Geriátría Clínica*. Cuarta edición. McGraw-Hill. 2001.
7. R. RODRÍGUEZ, J. MORALES, J. ENCINAS, Z. TRUJILLO, C. D'HYVER. *Geriátría*. Editorial McGraw-Hill. 2002.
8. GUILLÉN, LI., Francisco. RUIPÉREZ, C .Isidoro. *Manual de Geriátría*. Editorial Mason, 3º Edición, España, 2002.
9. HAYFLICK, Leonard. *Cómo y porqué envejecemos*. Trad. Antonio Martínez Riu, Empresa Editorial Herder, S.A., Barcelona, 1999.
10. Robert L. Kane. Joseph G. Ouslander. Itamar B. Abrass. *Geriátría Clínica*. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
11. MAKFARLANE, B. Frank *La entereza de vivir*. Trad. Georgina Guerrero, Fondo de Cultura Económica, CONACYT, 1ª Edición, México, 1982.
12. DOUGLAS M. ANDERSON, MA. *Diccionario Mosby (medicina, enfermería y ciencias de la salud*. Volumen 1. Sexta edición. 2003.
13. Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. *Modelos y Teorías en enfermería*. 3ª ed. Ediciones Harcourt, S.A., Madrid España: 2000. p 248-258.
14. Roy Callista, Andrews Heather, *Modelo de Adaptación de Roy*. 2ª edición capitulo 12. Editorial Appleton y Large Stamford. Connecticut E.U.A.: 1999. p. 379-427.

15. GONZÁLEZ, J. Eduardo. *Bases moleculares del envejecimiento*. Elementos No. 37, Vol.7, Febrero-Abril 2000, México, 2000. [en línea]. [fecha de acceso 28 de Diciembre de 2007]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/294/29403704.pdf>
16. Dra. Ma. Eugenia Pulido Álvarez. Envejecimiento y longevidad [en línea]. [fecha de acceso 28 de Diciembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm>
17. www.inegi.gob.mx

6.19. APENDICES Y ANEXOS



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que se me ha proporcionado información amplia y con claridad sobre los objetivos y beneficios de esta investigación, así como de la importancia de mi participación en la misma; no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria sin obligación y consciente. Estoy convencido (a), que mis datos serán totalmente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado de las personas que cursan en una situación similar a la mía, fortaleciendo así la profesión de Enfermería, para el beneficio del individuo, la familia y la comunidad.

Firmo este consentimiento para participar en la Investigación del Modo de Autoconcepto del Adulto Mayor, que tiene como finalidad identificar el estado de mi Yo Físico y del Yo Personal, por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí.

Enterado que el responsable en la aplicación de dicha Investigación será el C. Lic. En Enfermería Fernando Martínez Martínez y no teniendo ningún inconveniente.

Acepto participar en la presente Investigación

P.L.E. Fernando Martínez Martínez

Testigo

**“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A
LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”**



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INSTRUMENTO PARA VALORAR EL AUTCONCEPTO

El presente documento, lo estamos utilizando para valorar algunos aspectos del afecto propio de las personas.

La finalidad de este cuestionario es conocer más sobre lo que sientes y piensas en este momento en relación contigo mismo, con base en tus respuestas Enfermería planeará las intervenciones específicas para ponerlas en práctica posteriormente, que ayude a sanar el concepto que tienen los Adultos Mayores sobre ellos mismos.

Quiero pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas, con la mayor sinceridad posible. No hay Respuestas correctas ni incorrectas. No se comentaran tus datos individuales y todas las respuestas que des, serán confidenciales y sobre todo anónimas.

Gracias a su apoyo, muchos Adultos Mayores podrán tener una alternativa de solución para mejorar su sentir propio. **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

I. DATOS GENERALES.

Instrucciones: Contesta sobre las líneas lo que se te pide.

ESCRIBE TU NOMBRE: _____

PESO: _____ **TALLA:** _____ **FECHA:** _____

1. ¿Cuántos años tienes cumplidos? _____

Instrucciones: Subraya la respuesta que te identifique y contesta sobre las líneas lo que se te pide.

2. ¿Cuál es tu sexo?

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ¿Cuál es tu escolaridad?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Carrera Técnica: Especifique cual: _____
- d) Preparatoria
- e) Licenciatura: Especifique cual: _____
- f) Postgrado: Especifique cual: _____
- g) Ninguna de las anteriores

4. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Casado (a)
- b) Soltero (a)
- c) Unión libre
- d) Divorciada (a)
- e) Viudo (a)

5. ¿A que te dedicas?

- a) Empleado (a)
- b) Obrero (a)
- c) Ama de casa
- d) Negocio propio
- e) Ejercicio mi profesión: si____, No____ ¿Cuál? _____
- f) Otra: _____

6. ¿Cuál es tu religión?

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Testigo de Jehová
- d) Pentecostés
- e) Séptimo día
- f) Otra: _____
- g) Ninguna

7. ¿Cuánto hijos tienes? _____

**“NIVEL DE AUTOCONCEPTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN ASILO COMPARADO A
LOS QUE VIVEN CON SU FAMILIA”**

II. Instrucciones: Anota en el paréntesis la letra según te identifiques y corresponda a tu sentir en este momento, escribe una sola respuesta. La línea del lado derecho, es para el encuestador, déjala en blanco.

a) Nada b) Poco c) Regular d) Suficiente e) Bastante

Ejemplo: ¿Te gusta la estación de primavera? (e)

1. ¿Te interesa lo que digan los demás de ti?	()	_____
2. ¿Te afecta lo que dice tu familia de ti?	()	_____
3. ¿Comúnmente te afectan los problemas?	()	_____
4. ¿Crees que tienes gran valor?	()	_____
5. ¿Se te dificulta tomar decisiones?	()	_____
6. ¿Tienes confianza en los demás?	()	_____
7. ¿Te gusta relacionarte con los demás?	()	_____
8. ¿Es valioso para ti mantener la vida?	()	_____
9. ¿Te aceptan las personas del sexo opuesto?	()	_____
10. ¿Te cuidas físicamente?	()	_____
11. ¿Te sientes aceptado (a) entre tu familia?	()	_____
12. ¿Es difícil para ti hablar en público?	()	_____
13. ¿Te enojas fácilmente?	()	_____
14. ¿Te da trabajo acostumbrarte a algo nuevo?	()	_____
15. ¿Es complicada tu vida?	()	_____
16. ¿Te gustaría cambiar algo de tu persona?	()	_____
17. ¿Eres atractivo (a)?	()	_____
18. ¿Crees que eres una persona muy desarreglada?	()	_____
19. ¿Te gusta estar siempre arreglado (a) y limpio (a)?	()	_____
20. ¿Es tu cuerpo agradable?	()	_____
21. ¿Eres cuidadoso con tu apariencia?	()	_____
22. ¿Te sientes una persona bien presentable o arreglada?	()	_____
23. ¿Sientes que estás muy alto (a) o muy bajo (a)?	()	_____
24. ¿En una reunión deseas atraer la atención de los demás?	()	_____
25. ¿Sientes que estás pasado (a) de peso, o que te falta peso?	()	_____
26. ¿Crees que eres amistoso (a)?	()	_____
27. ¿Consideras que tienes buena salud?	()	_____
28. ¿Crees que eres una persona alegre?	()	_____
29. ¿Te sientes contento (a) con lo que tienes?	()	_____
30. ¿Cuándo te propones algo, lo logras?	()	_____
31. ¿Eres tranquilo (a)?	()	_____
32. ¿Te sientes satisfecho (a) con tus relaciones sexuales?	()	_____
33. ¿Eres una persona inteligente?	()	_____
34. ¿Te sientes contento (a) con lo que eres?	()	_____
35. ¿Estás a gusto con tu sexo (género)?	()	_____
36. ¿Tienes una familia bien integrada?	()	_____
37. ¿Estás a gusto con tu edad?	()	_____
38. ¿Tienes una familia feliz?	()	_____
39. ¿Tienes dominio sobre ti mismo?	()	_____
40. ¿Te gusta la opinión que tiene tu familia de ti?	()	_____
41. ¿Crees que eres una persona mala?	()	_____
42. ¿Crees que eres una persona decente?	()	_____
43. ¿Las personas que conoces tienen confianza en ti?	()	_____
44. ¿Tratas de mantener una conducta moral adecuada?	()	_____
45. ¿Crees que atiendes a tu familia como debes? (o cuando los tenías los atendías como debías)	()	_____
46. ¿Te portas de una manera cortés con los que te rodean?	()	_____
47. ¿Te gusta la manera en que te comportas con los que te rodean?	()	_____
48. ¿Sientes que eres honrado (a)?	()	_____
49. ¿Acostumbras decir mentiras?	()	_____
50. ¿Lo único que te importa es ganar, independientemente de cómo lo hagas?	()	_____
51. ¿Haces generalmente lo que es debido?	()	_____
52. ¿En tu trabajo te comportas de forma correcta?	()	_____
53. ¿Mantienes relación con Dios?	()	_____
54. ¿Eres una persona religiosa?	()	_____
55. ¿Te sientes satisfecho de tu relación con Dios?	()	_____
56. ¿Estás a gusto con tu vida religiosa?	()	_____
57. ¿Quisieras que Dios fuera parte importante de tu vida diaria?	()	_____

Total _____