



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“AUTOESTIMA RELACIONADA A PERCEPCIÓN DE
SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR.”

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARCIA ALEJANDRA ABARCA MAGAÑA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

Morelia, Michoacán Noviembre de 2016






DEDICATORIA

Los tiempos de Dios son perfectos.

La vida es hermosa y una de las principales características de esta hermosura es que la podemos compartir y disfrutar con quienes amamos, podemos ayudar y guiar a muchas personas si ellas lo permiten, pero también podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida: por esto mismo mediante estos agradecimientos de tesis quiero exaltar la labor de Dios:

Gracias Padre, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda, cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores sé que los me pones frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día, por confiar y creer en mí. A mi papá  Arturo Abarca Zavala, por guiarme y ayudarme todos los días, te extraño mucho. A mi mamá Lucrecia Magaña Piceno, mi motor, mi amiga, mi ídolo, te quiero mucho y agradezco infinitamente todo lo que haces por mí, todos los sacrificios que haces, gracias por todo. A mis hermanos: mi madrina Ana Fabiola Abarca Magaña, por esa mariposa que estuvo en los peores momentos y aunque a veces tenemos ideas muy diferentes sabes que te admiro mucho, que estoy infinitamente agradecida por todo el apoyo y por siempre estar ahí. José Alfredo Abarca Magaña, por tus regaños y tu extraña manera de quererme y por la facilidad que tienes para cambiarme de nombres, te quiero mucho. Eduardo Arturo Abarca Magaña y mi cuñis Denisse López Suazo por estar al pendiente de mí siempre, por esas cenas inesperadas, infinitos consejos. Gracias, los quiero mucho. A ti enano: Leonardo Daniel Abarca Magaña, por quererme tanto, por tenerme tanta paciencia, estoy consciente que tenemos nuestras diferencias pero el amor siempre está, te quiero cantidades industriales mi amor. Gracias por ser mi padrino de fotografía. En deuda estoy con Dios por esta bella familia que hemos pasado por grandes obstáculos pero siempre estamos juntos.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros, por aportar sus conocimientos, por la paciencia, la complicidad y el cariño. Son grandes seres humanos y yo solo puedo expresar infinitos agradecimientos y admiración.

A mi querida asesora. Una gran mujer, Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, es un honor trabajar a su lado, compartir momentos tan divertidos, sabe que la quiero mucho y que estoy inmensamente agradecida por el aprendizaje.

A la Dra. María de Jesús Ruiz Reséndiz por todos sus conocimientos compartidos, que a pesar de tener el montón de trabajo, estar ahí para apoyarme, eso es de grandes y usted lo es. Gracias por todo. La quiero mucho y la comida queda pendiente e invitamos a la Mta. Alma Rosa Picaso con la que estoy y estaré muy agradecida por el apoyo recibido y sus consejos tan atinados en los peores momentos.

Al Mtro. Carlos Gómez Alonso gran matemático, gracias por compartir sus conocimientos que de gran ayuda fueron. ¡Usted es grande!

A mis amigos y amigas por estar en los momentos difíciles que es ahí donde se valoran. Por el apoyo y su cariño. A mi amiga, colega Eunice Ayala Ramírez, por tu complicidad, escucharme siempre, tus consejos, tu amistad en este año de servicio social. A mis jefes, jefas que se han manifestado en mi vida, que con su granito de arena me han ayudado.

Gracias a la vida por permitirme concluir esta etapa. Y con Fe y mucho entusiasmo en espera de lo que venga. Porque no por miedo a errar, voy a dejar de jugar.

¡Los quiero cantidades industriales a todos!

Marcia Alejandra Abarca Magaña.

CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN	8
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	15
3.1. GENERAL	15
3.2. ESPECÍFICO.....	15
CAPÍTULO IV. HIPÓTESIS	16
CAPÍTULO V. MARCO TEORICO.....	17
5.1. ADULTO MAYOR.....	17
5.2. SALUD EN EL ADULTO MAYOR.....	21
5.3. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR.....	24
5.4. BIENESTAR INTEGRAL	25
5.5. SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR	25
5.6. SOLEDAD EMOCIONAL.....	30
5.7. AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR	30
5.8. FAMILIA. PIEZA FUNDAMENTAL EN EL ADULTO MAYOR.....	33
5.9. AISLAMIENTO SOCIAL	34
5.10. REDES SOCIALES: ¿IMPORTANTE O NO EN EL ADULTO MAYOR? 36	
5.11. ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EL ADULTO MAYOR.....	40
5.12. LA VIUDEZ.....	41
5.13. DOROTHEA OREM	42
CAPÍTULO VI. METODOLOGIA	46
CAPÍTULO VII. RESULTADOS.....	53
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES.....	71
CAPÍTULO X. SUGERENCIAS	73
CAPÍTULO XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

CAPÍTULO XII. GLOSARIO	78
CAPÍTULO XIII. APÉNDICES	82
13.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	82
13.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
13.3. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA FACULTAD DE ENFERMERÍA. 88	
13.4. GRÁFICAS	90

RESUMEN

Introducción: En México, como en otros países, las implicaciones que traerá consigo el envejecimiento demográfico es un tema que adquiere gran relevancia en la actualidad. A nivel individual, el envejecimiento no se vive igual en hombres y en mujeres; por ejemplo, las mujeres tienen mayor esperanza de vida, la mayoría no recibe ingresos por jubilación o pensión y presentan menores tasas de participación económica; en consecuencia, todo ello las coloca en una situación de vulnerabilidad mayor a la de los hombres. Aunado a esto a medida que las personas se hacen mayores se las asocia con frecuencia a enfermedades tanto físicas como psicológicas, inactividad, temor y soledad, afectándoles de manera negativa. La soledad es producida por diferentes causas en las personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres. Autoestima es el sentimiento valorativo del ser, la manera de ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. **Objetivo:** Analizar la autoestima relacionada a la percepción de la soledad en el adulto mayor, con la finalidad de brindar estrategias del cuidado integral a la población participante. **Metodología:** la presente investigación es de tipo cuantitativa, diseño metodológico descriptivo de corte transversal. Se aplicó el instrumento "ESTE" que mide la soledad y el instrumento "ROSENBERG" para medir autoestima. La muestra comprende 150 participantes. Los cuales se fraccionaron. Siendo 50 participantes en Unidad Hospitalaria, 50 participantes en Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y para finalizar 50 participantes del Centro de salud zona rural. **Resultados:** la población participante fue 77 hombres (51.3%) y 73 mujeres (48.7%), en cuanto a la edad la mayor participación está en el grupo de 60-64 años con 54 (36%), seguido del grupo de edad 70-74 con 31 (20.67%), continua el de 65-69 donde participaron 24 (16%), con solo 14 (9.33%) personas el grupo de 80-84 y por último los que se agrupan en el rango de 85 y más 6 (4%). La religión que más se profesa es la católica con la siguiente distribución en la Unidad Hospitalaria el 45 (30%) de los participantes y en el Módulo de atención primer nivel de Morelia con el 48 (32%) y en el Centro de

salud zona rural 38 (25.3%). Respecto a la variable sociodemográfica edad y ocupación. Se observó que los adultos mayores del Centro de salud zona rural a partir del rango de edad 80 en adelante no tienen ocupación mientras que en el área de Morelia, referido a la Unidad Hospitalaria 3 participantes (6%) aun continua activo en el área laboral así como del Módulo de atención primer nivel de Morelia. Referente a la variable independiente, autoestima se encuentra en categoría alta con 114 (76%) de los participantes. La variable sociodemográfica de edad y autoestima los adultos que registraron alta autoestima se encontraron en el rango de 60 a 64 años en el Módulo de atención primer nivel de Morelia siendo 17 (34%). Unidad Hospitalaria en el rango de 70 a 74 fueron 10 (20%) con alta. Mientras que en el Centro de salud zona rural 10 participantes (20%), registraron baja autoestima. La percepción de soledad de los adultos mayores fue de 73 (48.7%). **Discusión:** se comprobó la hipótesis establecida. A mayor autoestima menor es la percepción de soledad. Así como a menor autoestima, alta percepción de soledad. **Conclusión:** En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado emocional afecta su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismos, socialmente y perder toda motivación ante la vida.

Palabras clave: Adulto mayor, Vejez, autoestima, soledad, autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, as in other countries, the implications of population aging will bring is an issue that is of great relevance today. At the individual level, aging is not lived equally in men and women; for example, women have longer life expectancy, most do not receive retirement or pension income and have lower rates of economic participation; accordingly, all places them in a situation of greater than men's vulnerability. Added to this as people get older they are frequently associated with psychological and physical disease, inactivity, fear and loneliness affect them negatively. Loneliness is produced by different causes in the elderly, such as deterioration of family relationships, social isolation and less involvement in pleasurable activities, to contributing factors such as the death or absence of their peers. Self-esteem is the evaluative feeling of being, a way of being, of all bodily, mental and spiritual traits that make up the personality. **Objective:** To analyze self-esteem related to the perception of loneliness in the elderly, in order to provide comprehensive care strategies to the participating population. **Methodology:** this research is quantitative, descriptive cross-sectional study design. the "this" instrument that measures the loneliness and "ROSENBERG" instrument to measure self-esteem was applied. The sample includes 150 participants. Which they were fractionated. Being in Hospital Unit 50 participants, 50 participants Module attention first level of Morelia Michoacan and finally 50 participants Health Center rural area. **Results:** the participant population was 77 men (51.3%) and 73 women (48.7%) in age tale greater participation is in the group of 60-64 years with 54 (36%), followed by age group 70 -74 with 31 (20.67%), continuous 65-69 where participated 24 (16%), with only 14 (9.33%) the group of 80-84 people and finally grouped in the range of 85 and plus 6 (4%). the religion that professes is Catholic with the following distribution in the Hospital Unit 45 (30%) of participants and Tool care first level of Morelia with 48 (32%) and the rural health center 38 (25.3%). Regarding the sociodemographic varying age and occupation. It was noted that older adults Health Center rural area from age range 80 onwards have no occupation while in the area of Morelia, referred to the Hospital Unit 3 participants (6%) still remains active in the workplace Module and attention first level of Morelia. Regarding the independent

variable, self-esteem is in high category with 114 (76%) of participants. The socio-demographic variable age and self-esteem adults who reported high self-esteem were found in the range of 60 to 64 years in Module first level of care Morelia being 17 (34%). Hospital Unit in the range of 70-74 were 10 (20%) high. While in the rural health center 10 participants (20%) recorded low self-esteem. The perception of loneliness of the elderly was 73 (48.7%). **Discussion:** The hypothesis was verified established. The more lower self-esteem is the perception of loneliness. As well as lower self-esteem, high perception of loneliness. **Conclusion:** In a context of loneliness, the person vulnerable and defenseless fly to meet the basic needs of dependency, intimacy and relationships with others. This emotional state affects your self-esteem, to the point of surrender themselves, socially and lose all motivation to life.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento poblacional de las personas en la tercera edad va en aumento, a nivel mundial y Latinoamérica por tanto México no es la excepción.

La temática del adulto mayor tiene múltiples aspectos relacionados a la persona y al entorno social, como son el deterioro físico, trastornos emocionales, psicológicos, deterioro cognitivo-conductual entre otros muchos. Uno de estos aspectos que se ve afectado por la dinámica familiar y social es que algunos de estas personas viven solos y esto conlleva a presentar baja autoestima. (Gafas, 2013).

A medida que las personas se hacen mayores se les asocia con frecuencia a enfermedad, tristeza, inactividad, temor y soledad, afectándoles de manera negativa haciéndoles sentirse más solos. (Iglesias, 2009).

La vejez, como ciclo ineludible de la condición humana, está permeada por múltiples cambios que dificultan su comprensión y hacen necesario que todas las áreas del conocimiento aporten sus saberes para profundizar en este campo. (Rosales Rodríguez, 2014).

Biológicamente en el adulto mayor se debilitan la vista, el oído, las articulaciones, se dan cambios en la piel y hay una predisposición más alta a enfermedades. De otro lado, se dan tres crisis asociadas al envejecimiento: de identidad, de autonomía y de pertenencia. (Iglesias, 2009).

En el ámbito familiar también se presentan cambios ya que el adulto mayor, al atravesar el ciclo del nido vacío, debe experimentar en muchos casos la salida de sus hijos y la pérdida de su pareja. (Gafas, 2013).

La soledad es producida por diferentes causas en las personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus congéneres. (Rosales Rodríguez, 2014).

En México, un factor de gran relevancia es que una alta proporción de adultos mayores no cuentan con ingresos económicos que les permitan satisfacer sus necesidades básicas. (INEGI, 2013).

La tercera edad es una etapa muy difícil para la autoestima. Se define como autoestima al sentimiento valorativo del ser, la manera de ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. (Iglesias, 2009). Las personas van viendo como sus capacidades físicas y mentales van menguando. Al mismo tiempo observan como sus contactos sociales van desapareciendo, ya sea por la muerte de algunos de sus conocidos, por su incapacidad para mantener el ritmo de vida anterior o porque sus propios familiares les dan de lado. Algunos de ellos llegan a considerarse poco más que un mueble en casa de sus hijos y otros son enviados a residencias, encontrándose en un ambiente nuevo que les da miedo y en el que sólo reciben contadas visitas de sus familiares. En este contexto no es extraño que la autoestima sufra graves daños y que muchos de ellos experimenten fuertes depresiones. (Gafas, 2013).

En esta investigación se aborda la teoría de Dorothea Orem donde expone al autocuidado como la capacidad que tiene una persona para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad; incluye no sólo las necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales; el concepto “cuidado” es la totalidad de actividades que una persona inicia para mantener la vida y poder desarrollarse de una forma normal. Orem define el autocuidado como: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.” (Villavivencio, 2003).

La teoría de Dorothea E. Orem se relaciona a la autoestima y soledad en el adulto mayor porque aplica el autocuidado, se propone implementar medidas y acciones individualizadas. Esto significa un reto para la enfermería, ya que actualmente deben planearse estrategias de atención para lograr la independencia del paciente, y sobre todo fomentar dicho autocuidado. Es importante que el profesional y el

equipo multidisciplinario apliquen programas que guíen al adulto mayor a cuidar su autoestima y prevenir la soledad. (Villavivencio, 2003).

Así como la aplicación de medidas preventivas para fortalecer su salud a través del autocuidado.

Esta investigación consta de una justificación donde se delimita la magnitud del problema estudiado, la trascendencia considerando el impacto del tema, la vulnerabilidad y la contribución de dicha investigación.

Se integran el objetivo general y objetivos específicos, que guían este trabajo, un marco teórico donde se hace mención cada una de las variables sociodemográficas, dependiente e independiente, antecedentes y conceptualización del adulto mayor. Un apartado de metodología detallando tipo, diseño de dicha investigación, variables, materiales, métodos, aspectos éticos. Se agregan los resultados de la investigación, discusión, referencias bibliográficas.

Por ultimo apéndices que conforman el glosario de términos, graficas de resultados, los instrumentos utilizados para la recolección de datos, operacionalización de variables, consentimiento informado.

CAPÍTULO I

JUSTIFICACIÓN

La población mundial ha envejecido desde sus orígenes, aunque no a un ritmo constante. En las últimas décadas el envejecimiento poblacional se ha acelerado, tanto en el número total como en la proporción de las personas que cumplen 60 años. Desde el punto de vista demográfico, la causa fundamental de este fenómeno es la reducción en las tasas de fecundidad y natalidad actuales. En 2014 el monto de personas de 60 años y más era de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total. En 2014, se registraron 602 mil muertes; 61.9% corresponden a personas de 60 años y más. Durante el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más era de 33.7 por ciento. (Instituto Nacional de estadística y geografía, 2014).

Conforme al Instituto Nacional de estadística y geografía, 2014, 45% de las mujeres de 60 años y más sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja. El total de egresos hospitalarios en personas de 60 años y más por trastornos mentales y del comportamiento, 12.3% son por trastornos depresivos. (Instituto Nacional de estadística y geografía, 2014).

De ahí la importancia de realizar esta investigación para que el profesional de salud y el equipo multidisciplinario apliquen programas que guíen al adulto mayor a cuidar su autoestima y prevenir la soledad. (Villavivencio, 2003).

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona mayor en alguna etapa de su vida. (Rosales Rodríguez, 2014). Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre.

Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola, una de ellas es cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas; otra es por viudez, ante la

partida de la pareja de toda la vida; y otra, más lamentable, es por abandono de la propia familia. (Iglesias, 2009).

En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros.

Este estado emocional puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo y socialmente, y perder toda motivación ante la vida. (Andreu, 2015).

Con la llegada de la jubilación, la persona adulta mayor puede pensar que con ello ya no va a ser útil para determinadas actividades productivas. La separación del vínculo laboral y de los compañeros de trabajo, le harán replantearse nuevas estrategias de convivencia; además, dispondrá de más tiempo para estar con los nietos o dedicarse a aquellas actividades tantas veces postergadas. (Ríos, 2011).

Con el paso de los años se agudizan las dolencias físicas, el cuerpo ya no es el de antes y requiere de más atenciones, la salud se deteriora. Es así que con la vejez puede empezar a deprimirse y limitar sus vínculos sociales. (Sepúlveda, 2010).

Las consecuencias psicológicas de la soledad en el adulto mayor pueden llevarlo desde el aislamiento hasta la psicosis. Pueden empezar a confundir los nombres y rostros de las personas, así como los lugares donde se encuentran. Surgen enfermedades como el Alzheimer, demencia senil, mal de Parkinson, entre otros. (Iglesias, 2009). Aunado a esto se relacionado con el autoestima.

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de la manera de ser, de quienes son, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar.

Según como se encuentre la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. Llegar a esta etapa en la vida de

una persona adulta mayor no debe significar el acabose. Existen muchos proyectos sociales donde las personas pueden compartir actividades recreativas, conocer a nuevas personas, y llevar una mejor calidad de vida. Es la oportunidad para disfrutar mejor a los nietos, viajar, escribir, llevar una vida más saludable; mejorar las relaciones con los hijos y serles de gran ayuda brindándoles sus consejos, y aquello conocido como sabiduría, que solo se adquiere con el tiempo. Los adultos mayores tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida.

En 2009, Cardona y colaboradores elaboraron la investigación diseño mixto sobre la percepción de soledad en la vejez de corte transversal con el propósito de explorar el significado y características principales de la experiencia vivida de ser anciano en cuanto a la percepción de la soledad en la vejez. La muestra a conveniencia fue conformada por 180 adultos de ambos sexos, residentes en el municipio de Bello (Antioquia). Resultados: los conceptos de soledad predominantes fueron el “estar solo” (42,7%), “sentirse solo” (23%), seguido de “horrible” (13,5%) y “aislarse” (7,5%), además de otros conceptos (12,5%); se destaca que el concepto de soledad se asocia con el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad alcanzado.

En 2011, Villamil y colaboradores realizaron la investigación La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo estudio descriptivo transversal. Objetivo: En la actualidad la soledad representa un grave problema personal para alrededor de la décima parte de los mayores: algunas investigaciones apuntan, más en concreto, que entre el 10% y el 14% confiesan sentirse frecuentemente solos, mientras que un porcentaje un tanto más elevado, alrededor de la tercera parte, declaran padecer este sentimiento de forma ocasional (Walker, 1996). Ello confirma que el grueso de las personas mayores en nuestra sociedad no se encuentran solas ni aisladas sino, por contra, perfectamente integradas en las estructuras familiar y social que las rodea. No obstante, también es cierto que la soledad aparece en las encuestas como el principal temor de carácter no físico que manifiestan (INSERSO, 1995). Resultados:

se obtuvieron cinco categorías sobre cómo afronta o afrontaría la soledad: buscar compañía (36%), distracción (21.9%), aceptación (14.6%), 29%, referente a la religión católica, la fe en un Dios que tiene misericordia de todos. Dios y otros (17.4).

En 2010, Sepúlveda y colaboradores realizaron una investigación de tipo descriptivo transversal correlacional, en muestra de 80 adultos mayores institucionales. Resultados: El promedio de edad fue de 78,1 años, 15,0% eran mapuches, 55,0% eran masculinos, 11,2% “no sabe leer ni escribir”, 40,5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces). 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual, 59,4% no recibe atención de salud por la institución.

En 2011, Villavicencio y colaboradores realizaron la investigación Concepto de autoestima y su percepción en el municipio de Bello, Colombia, tipo descriptivo con el objetivo de determinar el nivel de autoestima según dimensiones satisfacción y devaluación personal en personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana. Resultados: El rango de edad en el 80% de adultos mayores estaba comprendido entre 69 a 70 años. El 100% era de nivel socioeconómico bajo así como 100% católicos. El 71% eran varones. El 46% presentaba grado de instrucción secundaria y el 38% primaria. Los puntajes obtenidos con referencia a la autoestima fluctuaron entre 12 y 37 puntos.

En 2011, Camino y colaboradores realizaron investigación de El afrontamiento de la soledad en la población adulta, estudio cualitativo para conocer la vivencia de ser adulto mayor. Se entrevistaron a diez adultos mayores de ambos sexos, que asisten regularmente al Centro del Adulto Mayor (CAM) ESSALUD – Huaraz. Con el objetivo de explorar cómo el adulto afronta o afrontaría el sentimiento de soledad. Los resultados fueron: Ajuste témporo–espacial en la vida familiar, percepción de soledad baja, percepción de fuerza/ vitalidad moderada, articulando pasado, presente y futuro, modulando la socialización familiar–social baja, reafirmando el compromiso familiar – social moderado y reaprendiendo el amor a la vida alta.

En 2013, Cardona Jiménez y colaboradores realizaron la investigación con nombre de favorecer la autoestima a desde la estimulación cognitiva, de corte transversal. Objetivos: fomentar su autoestima positiva para ellas y para su relación con los demás, y conseguir, de alguna manera, su participación integral y satisfactoria en la sociedad en la que viven saliendo de su soledad y de la monotonía personal. Resultados: donde se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad.

En 2011, Villavicencio-Ramírez y colaboradores realizaron la investigación Soledad en la vejez el adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Objetivo: Se analizará la asociación entre soledad y vejez a través de la revisión de tres posibles causas: deterioro en las relaciones familiares, aislamiento social y una menor participación en actividades económicas. Resultados: El rango de edad en el 80% de adultos mayores estaba comprendido entre 69 a 70 años. El 100% era de nivel socioeconómico bajo. El 71% eran varones. El 46% presentaba grado de instrucción secundaria y el 38% primaria. Los puntajes obtenidos con referencia a la autoestima fluctuaron entre 12 y 37 puntos.

Las investigaciones consultadas contribuyen a este trabajo resaltando la importancia de conocer la autoestima y la percepción de la soledad en el adulto mayor. En la gran mayoría de las investigaciones se concuerda que la soledad se relaciona con la autoestima.

La enfermería está comprometida con la perpetuación y sano desarrollo de la vida humana, por lo que desde esta rama se realizan diversos estudios los cuales buscan resultados que contribuyan al fortalecimiento de la enfermería y de la calidad de vida, a mejorar los criterios del cuidado a la persona, a suministrar tranquilidad y salud a la familia y la sociedad. (Ríos, 2 011).

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. (Iglesias, 2009). La tercera edad se describe como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas.

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. (Iglesias, 2009). Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo. (Sandrin, 2014).

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía. (Sandrin, 2014).

Se enfatiza que es un problema puesto que el grupo de adultos mayores está a la alza en cuanto a población y es poco el cuidado y atención que reciben. Una de las perspectivas que se ve afectado es la autoestima esta constituye el núcleo principal para el desarrollo de la personalidad humana, así como el sentido de su dignidad, fortalece el respeto por los derechos humanos, y es un componente central para la estructuración de la identidad de la persona. La importancia de lograr en el Adulto Mayor un alto nivel en su autoestima, aumenta la calidad de vida. (Sandrin, 2014).

Lograr una mayor disposición de aceptar que ciertas capacidades se encuentran un poco disminuidas; pero estimulará otras en desarrollo que permitirá estar mejor “consigo mismo y con los otros”. Así como aumenta la sociabilidad al permitir la interacción con los demás. (Sandrin, 2014).

Referente a la soledad en la tercera edad es uno de los grandes enemigos del bienestar de los adultos mayores, un tema preocupante sin duda, ya que su calidad de vida no solo implica un buen estado físico, sino también emocional. La amargura y la tristeza roban las ganas de vivir a muchas personas mayores que se sienten solas. En este sentido, conviene tener en cuenta que la sociedad y el modelo de familia han dado un giro importante en las últimas décadas. Por ello, conviene hacer autocrítica. Con la modernidad se han conseguido retos muy positivos, pero en la actualidad también existe una profunda crisis de valores. (Sandrin, 2014).

Los cuidados que se deben de brindar son muchos pero es poco el interés que se tiene en este grupo etario. Por lo anterior se plasma la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la autoestima relacionada a percepción de soledad en el adulto mayor en una zona urbana de Morelia Michoacán y zona rural de Michoacán?

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Analizar la autoestima relacionada a la percepción de la soledad en el adulto mayor, para proponer estrategias de autocuidado en la población de estudio.

3.2. ESPECÍFICO

- Caracterizar a la población participante mediante variables sociodemográficas de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural.
- Determinar la autoestima en el adulto mayor de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural.
- Identificar la percepción de la soledad en el adulto mayor de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural.
- Comparar la similitud o diferencias que existen en las tres poblaciones participantes respecto a su autoestima y percepción de soledad.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

Hi: La autoestima si está relacionada a la percepción de soledad en el adulto mayor.

Ho: La autoestima no está relacionada a la percepción de soledad en el adulto mayor.



“Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.

Ingmar Bergman.

CAPÍTULO V

MARCO TEORICO

5.1. ADULTO MAYOR

Se define como adulto mayor a la Persona de 60 años y más criterio de Naciones Unidas establecido en la Ley 19.828 en el año 2011. Desde entonces se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.

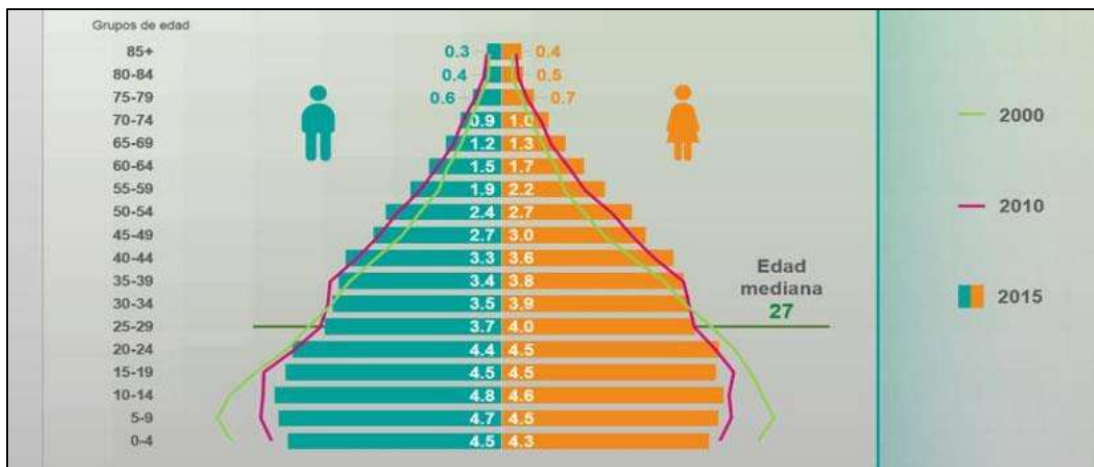
Adulto mayor funcionalmente sano: Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2011).

La población mundial ha envejecido desde sus orígenes, aunque no a un ritmo constante. En las últimas décadas el envejecimiento poblacional se ha acelerado, tanto en el número total como en la proporción de las personas que cumplen 60 años. Desde el punto de vista demográfico, la causa fundamental de este fenómeno es la reducción en las tasas de fecundidad y natalidad actuales. (Rosales, 2014).

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se

ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida. Por ello, este grupo de población ha incrementado su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. (INEGI 2011).

En 1950 el porcentaje de envejecimiento entre la población mexicana fue de 7.1 por ciento; en 1975 descendió a 5.7, en 2000 subió a 6.9; en 2025 se incrementará a 13.9 por ciento, y en 2050, a 26.5 por ciento. (CEPAL 2011).



(Figura 1). Porcentaje de envejecimiento entre la población mexicana CEPAL 2011.

La vejez es una construcción social y cultural que las sociedades y los individuos reconfiguran y asumen de manera distinta a lo largo de las diversas épocas. Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. (Sirlin, 2012).

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Existen múltiples conceptualizaciones del adulto mayor en las diferentes disciplinas científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas.

Existen diversos conceptos del Adulto mayor algunos de ellos son los siguientes

Adulto mayor autovalente sano: Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de

autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites.

- Adulto mayor frágil: Es aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y /o económicos.

- Adulto mayor dependiente: Es aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida diaria y requiere de apoyo constante para desarrollarlas, (Instituto de Gerontología, 2013).

La Organización Mundial de la Salud expresa que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (OMS, 2011).

El envejecer es comúnmente una experiencia fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas diferentes para cada individuo. (Sepúlveda, 2010).

Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. Continuamente se olvida precisamente de esto, que es otra etapa de vida, así es que se debe de vivir y respetar como tal. (Lastra, 2009). Desgraciadamente en México existe una percepción muy negativa de la vejez. (Sepúlveda, 2010).

Hoy en día, la mayoría de los adultos mayores son víctimas de la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato ocasionando baja autoestima y amor por la vida. Se les trata como estorbos, presencias incómodas. (Sepúlveda, 2010).

No se les permite expresar sus sentimientos y cuando lo hacen, son motivo de burla. Se considera ridículo que se enamoren o sientan celos, como si las emociones fueran un derecho que también han perdido.

A los ancianos se les niega la participación social, pareciera que ya no caben en un mundo donde la única autoridad proviene de la capacidad de innovar y de consumir. (Villavicencio-Ramírez, 2011).

Lo que esta sociedad no quiere ver es que, al marginar y despreciar al anciano, está condenado su propio e inevitable futuro.

Así, a lo largo de los tiempos, la humanidad ha ido interpretando incesantemente el papel del anciano en la sociedad, dependiendo de factores políticos, artísticos y estéticos, demográficos, éticos y religiosos, así como los relacionados con la familia y el parentesco. (Villavicencio-Ramírez, 2011).

Mientras en la actualidad muchos completan al adulto mayor como un ser pasado de moda y hasta un estorbo, conviene observar cómo en otras civilizaciones y épocas se le consideró una fuente de sabiduría y experiencia, por lo que sirvió como consejero y educador. (Ríos, 2012).

En nuestra sociedad se tiene la idea que si la población de la tercera edad reside con sus familiares tienen asegurado cierto bienestar. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas que viven los mexicanos no permiten que la familia pueda atender a sus ancianos, es decir, “las familias y sus ancianos residen en condiciones de pobreza, lo que en definitiva limita la atención de diversas necesidades de la población; circunstancias que originaban el maltrato, discriminación, violencia física, verbal y soledad. (Rivera, 2007).

En muchas culturas y no hace tantos años, el lugar del adulto mayor tenía prestigio e inspiraba respeto, se apreciaba la experiencia y se respetaba la tradición cultural. La imagen del adulto mayor sabio, patriarca respetado y escuchado ha sido relegada a un pasado casi mítico. (Sepúlveda, 2010).

5.2. SALUD EN EL ADULTO MAYOR

La salud, se define como el bienestar físico, psicológico y social. Esta definición abarca la esfera subjetiva así como el comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento. (Sepúlveda, 2010).

La edad adulta tardía o vejez comienza a los 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Existen diferentes teorías que explican las causas del envejecimiento biológico. (Rosales, 2014).

Teoría de la herencia: el ciclo vital es determinado por características genéticas que han evolucionado a lo largo de las generaciones, de modo que tienen su propia expectativa de vida. (Rosales, 2014).

Teoría del envejecimiento celular: algunas células del cuerpo no se reproducen y otras si, lo que sugiere que el envejecimiento está programado por la capacidad limitada de las células para reemplazarse. (Rosales, 2014).

Teoría de los desechos o escoria metabólica: el envejecimiento es ocasionado por la acumulación de sustancias nocivas, en el interior de diversas células del cuerpo. La acumulación de estas sustancias interfiere con el funcionamiento normal de los tejidos, produciendo algunos casos de endurecimiento, pérdida de elasticidad y deterioro en las funciones de los órganos. (Rosales, 2014).

Teoría de la autoinmunidad: el sistema inmunológico del cuerpo rechaza sus propios tejidos por medio de la producción de anticuerpos autoinmunes. Ocasionando una autodestrucción. (Gafas, 2013).

Teoría del desequilibrio homeostático: incapacidad gradual del cuerpo para mantener el nivel apropiado de azúcar en la sangre. (Rosales, 2014).

Teoría de mutación: las células corporales desarrollan mutaciones. Las tasas de mutación genética se incrementan con la edad. Como la mayor parte de las

mutaciones son dañinas, estas células funciona con menos eficiencia y los órganos compuestos por dichas células se vuelven ineficientes. (Allevato, 2008).

Sin embargo, a pesar de los intentos por dar respuestas, ninguna de las teorías propuestas explicó los sucesos complejos que se dan durante el envejecimiento. Es una serie de procesos que producen cambios dependientes del tiempo en un organismo. (Hernández, 2012).

Además de que intervienen los factores hereditarios así como los cambios intrínsecos, el organismo también es afectado desde el exterior por los estresores ambientales, bacterias, virus y otras influencias. Lo que ocasiona inevitablemente el fallo de algún órgano. (Londoño, 2012).

Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de la capacidad de respuesta y del procesamiento de información. Estos cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida. (Flores, 2011).

- Pérdida de textura y elasticidad de la piel.
- Adelgazamiento y encanecimiento del cabello.
- Disminución de la talla corporal.
- Adelgazamiento de los huesos.
- La pérdida de los dientes y los problemas de encías son comunes.
- Problemas de visión.
- Desaparición progresiva de masa muscular.
- Atrofia de los músculos.
- Se intensifican las arrugas.
- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas.

- Propensión a la osteoporosis en las mujeres.
- Pérdida de la adaptación al frío y al calor.
- Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas.
- Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad.
- Los mecanismos inmunológicos que defienden las infecciones pierden eficiencia.
- Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.

Durante esta etapa se presentan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto dedicado a la fragilidad del organismo.

Algunas de las enfermedades que se asocian a la vejez son las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas). (IMSS. 2014).

Con lo anterior mencionado no quiere decir que envejecimiento sea sinónimo de enfermedad. La salud de la mayoría de las personas de edad avanzada es favorable, un pequeño porcentaje se encuentra en un estado de invalidez o postración y el resto tienen ciertas enfermedades, limitaciones, pero siguen siendo autónomos. (Reinalda, 2014).

Si se mantiene un estilo de vida sano, incorporado ejercicio, alimentación apropiada, evitando el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas, que pueden llegar a ser fatales. (Londoño, 2012).

5.3. VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012. Ha definido el envejecimiento activo como el proceso "por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez".

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, casi nihilistas, y ello redundando en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano. (Iglesias, 2011).

Ya que, al menos por el momento, no es posible detener el proceso de envejecimiento sí se puede trabajar para lograr una buena calidad de vida.

Lo ideal sería alcanzar la vejez con:

- Buen nivel cognitivo.
- Adaptación a los cambios asociados con la edad, incluyendo alguna enfermedad o grado de discapacidad física.
- Nivel de socialización.
- Satisfacción con la vida.

Al envejecer, la percepción de la propia imagen corporal y la vida social y sexual se empieza a transformar. (Concha, 2011).

En este sentido envejecer resulta más complicado para las mujeres por el gran peso cultural que se da a la juventud y a la maternidad. Un hombre en la edad mediana se dice que está más maduro; una mujer en esta etapa es probable que se le considere más vieja (Allevato, 2008).

5.4. BIENESTAR INTEGRAL

La vejez se refleja en la representación social con unas connotaciones negativas que se proyectan en el subconsciente social con imágenes de este período vital revestidas de improductividad, aburrimiento, enfermedad y tristeza. Esta visión generalizada de la sociedad se contrapone con el retrato que perciben de sí mismas las personas mayores y con el papel real que desempeñan en la vida cotidiana (Rosales, 2014).

El mandato dado por la organización social al alcanzar una determinada edad para abandonar el sistema productivo conlleva una alteración tanto en la posición como en los papeles jugados por las personas mayores dentro de la sociedad hasta esos momentos. El esfuerzo de adaptación que este cambio implica confluye en el tiempo con otros hitos vitales que significan pérdidas físicas y afectivas que conducen a sentimientos de soledad (Rosales, 2014).

5.5. SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR

El ser humano es un ser social por naturaleza, desde que nace hasta que muere. Necesita de los demás para vivir. Su condición de fragilidad le hace solidario a la vez y le pone en comunicación con los otros, no sólo para subsistir, sino también para evolucionar hacia la realización personal: ser quien realmente son (Rodríguez, 2011).

Pero la realización de nuestro ser social se ve facilitada en los diferentes momentos de la vida por diversas situaciones: el ser niño y las reacciones que provoca en los demás, el proceso de socialización y educación propio de la escolarización y la educación, la formación de proyectos vitales como la familia u otras opciones de convivencia, el ejercicio del rol profesional, etc. (Iglesias, 2011).

La soledad surge, entonces, de la tendencia constante de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surgen la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello (Rodríguez, 2011).

En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una “falta de algo” que se necesita o aparece cuando el sujeto no encuentra con que complementarse. (Díaz, 2010).

Soledad es el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso, quién sabe por qué, a ese mundo de interacciones tiernas y profundas del que todos creemos idealmente que los convivientes disfrutan. Soledad es, pues, la constatación de que no se tienen las oportunidades y las satisfacciones de las que los demás participan (Londoño, 2012).

La vejez es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, etc., que facilitan la experiencia de la soledad.

Una consideración superficial de la vejez se podría llevar a considerar que todas las personas mayores se sienten sola (Díaz, 2010).

Aunque la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, etc. (Fernández, 2010).

Es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. (Iglesias, 2011).

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir,

entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma. En efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo (Fernández, 2010).

Estar solo no es siempre un problema. Todas las personas pasan cierto tiempo a solos y a veces viene bien para conseguir ciertos objetivos. A veces se desea estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es en soledad (Sandrin, 2014).

Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores. Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo se experimente estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran. (Iglesias, 2011).

Por eso se habla de soledad objetiva y soledad subjetiva. (Londoño, 2012). La soledad de las personas mayores: "Síndrome de la Soledad" se define como un estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida. (Londoño, 2012).

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Sin duda, la primera causa es el hecho de la retirada del ámbito laboral, del que uno se nutre manteniendo numerosas relaciones sociales. El fin de la vida laboral que constituye también el origen de las principales relaciones sociales, supone un sentimiento de desvalorización y de dependencia. (Allevato 2012).

El trabajo, no es sólo una forma de ganar dinero, de tener seguridad o un cierto prestigio social, sino que origina también una serie de satisfacciones internas y es una forma de participar en la vida social. En realidad, más que la jubilación, es la defunción del cónyuge el suceso más decisivo en lo que hace al padecimiento de la soledad. (Iglesias, 2011).

La viudez, para quien había contraído matrimonio o vivía en pareja, suele ser, efectivamente, el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. (Londoño, 2012).

Esto es así porque tras varias décadas de vida matrimonial (por lo general), desaparece de pronto la compañía y la afectividad que hasta entonces venía proporcionando la figura conyugal, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional sino también material y relativos a la gestión del tiempo y de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. (Díaz, 2010).

Puede llegar a darse una importante desilusión por la propia vida. Es clásica la presentación de las tres crisis asociadas al envejecimiento: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia.

La crisis de identidad viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa que pueden deteriorar la propia autoestima porque aumentan la distancia que el anciano percibe entre su yo ideal y su yo real. (Londoño, 2012).

La crisis de autonomía viene dada especialmente por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. (Díaz, 2010).

La crisis de pertenencia se experimenta particularmente por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole permitían adoptar en el tejido social. (Sandrin, 2014).

A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el alcoholismo, como también de ideas suicidas. (López, 2011).

Pero no sólo la soledad repercute sobre la salud, sino que la presencia de la enfermedad se convierte en una reacción de muchas personas que salen al paso

de la vulnerabilidad y de la soledad generándose solidaridad. En efecto, la salud deteriorada conlleva un mayor apoyo familiar que se muestra en la mayor convivencia con otros familiares, sobre todo, con los hijos e hijas. (Díaz, 2010).

Las personas sanas conviven en proporciones parecidas en compañía que a solas (o en pareja), pero cuando las personas se sienten enfermas viven en compañía en mayor proporción que a solas y que cuando se sienten sanas. (López, 2011).

Por eso algunas personas mayores cuando descubren que enfermar es una solución para su soledad, las propias molestias se convierten en el centro de su atención y en la estrategia para atraer a sí a las personas queridas o cuidadores profesionales. Pueden llegar a aprender que sólo con el dolor consigue ponerse en el centro de la escena y de la atención. (Sandrin, 2014).

Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes en función de los recursos al alcance de las diferentes personas y de la sensibilidad e intereses diferenciados. (López, 2011).

No obstante, el desarrollo de actividades domésticas, la televisión, la radio, el retorno o aumento de las prácticas religiosas, las comunicaciones telefónicas, los centros destinados especialmente para mayores (clubs o centros de día), la participación en actividades culturales, turísticas o de ocio y mucho más raramente las segundas parejas, constituyen recursos que salen al paso de la necesidad de vivir estimulado y no sucumbir en la soledad. (Iglesias, 2011).

Son recursos para que la experiencia de la soledad no lo sea de una soledad desolada. (Fernández, 2010).

Pero salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto porque corresponde a todos considerar el problema con responsabilidad.

5.6. SOLEDAD EMOCIONAL

Refiere a la falta de una relación íntima y cercana con otra persona. Quienes la padecen indican sensaciones de miedo y vacío, presentando síntomas análogos a la ansiedad infantil producida por abandono de las figuras de apego. (Buz, 2013). Este sentimiento de soledad puede revertirse con la aparición de nuevos vínculos que establezcan una relación íntima que otorgue sensación de apego. Se establece una estrecha relación entre el sentimiento de soledad y el fracaso en la constitución de un apego seguro en la infancia. Desde esta perspectiva, se sostiene que el desarrollo de un apego seguro durante la infancia, es promotor de vínculos interpersonales positivos a lo largo de la vida. (Fernández, 2010).

El vínculo constituido con los padres será reemplazado luego por otras personas significativas, en las que se buscará seguridad, comprensión y apoyo. Si ese otro significativo no puede hacerse presente como figura de apego, el sujeto podría experimentar el sentimiento de soledad emocional. Sin embargo, es importante señalar que el sentimiento de soledad puede producirse por aspectos coyunturales de la vida, como un divorcio, abandono o viudez.

Siempre teniendo presente que la infancia no es determinante del curso posterior de la existencia, la teoría del apego puede tomarse como un aporte teórico válido para la comprensión del fenómeno de la soledad. (Buz, 2013).

5.7. AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

Freud dice que el “yo” es el centro regulador de la adaptación consciente del que forman parte la percepción, la inteligencia y la motricidad. Por su parte Allport, ha utilizado el término de “sí mismo” en vez de “yo”, porque considera que el “sí mismo” es la manera en que una persona percibe la forma en que se estima y se evalúa; el concepto que tiene de sí misma. Y es éste concepto que tiene de sí mismo, el que interviene directamente en la formación de la autoestima. (González, 2012).

Es el “sí mismo” el que se ve involucrado física, mental y socialmente en proporción directa con la autoestima, ya que son ellos los que se incluyen en la persona para determinarla. (López, 2011).

Hay tres factores importantes que determinan la autoestima: en primer lugar, está el factor psicológico, que es la comprensión por parte del individuo de sus propias capacidades y limitaciones. En segundo lugar, está el factor social, que es el estatus de un individuo dentro de su grupo. En tercer lugar, está el factor conductual, que es la propia historia del individuo en cuestión de éxitos y fracasos. (Allevato, 2008).

Autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, la manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. (López, 2011).

Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. Es a partir de la infancia cuando se empieza a formar un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que se van adquiriendo. (Hernández, 2010).

Según como se encuentre el nivel de autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. (López, 2011).

La autoestima es importante porque constituye el núcleo principal para el desarrollo de la personalidad humana, así como el sentido de su dignidad, fortalece el respeto por los derechos humanos, y es un componente central para la estructuración de la identidad de la persona. (López, 2011).

La importancia de lograr en el adulto mayor un alto nivel en su autoestima, aumenta la calidad de vida. Logra una mayor disposición de aceptar que ciertas capacidades se encuentran un poco disminuidas; pero estimulará otras en desarrollo que le

permita estar mejor “consigo mismo y con los otros”. Aumentar la sociabilidad al permitir la interacción con los demás. (Díaz, 2012).

Permite la superación al lograr las aspiraciones de forma optimista: La persona que goza de autoestima es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas que les sobrevengan. Apoya la creatividad: Una persona creativa únicamente puede surgir desde una fe en sí mismo, en su originalidad, sus capacidades. (Hernández, 2010).

Muchos de los factores que influyen en la disminución de la autoestima observada en los adultos mayores pueden estar asociados a los cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, y actitudes sociales como la exclusión familiar. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2014).

En relación a los cambios físicos: como consecuencia del tiempo, se presentan alteraciones en la imagen corporal, aspectos que pueden afectar la autoestima de los mayores. (Díaz, 2012).

Envejecer es un fenómeno natural inherente a lo biológico, cabe subrayar que son las carencias afectivas familiar y la exclusión social las que condicionan una positiva y negativa autoestima en la vejez, por ende, su calidad de vida. (Flores, 2011).

El adulto mayor necesita saber que es querido, que es tenido en cuenta y que es útil, para ello es necesario que su parte emocional, sus vínculos con hijos, familiares directos o nietos, se fortalezcan. (Díaz, 2012).

Se debe brindar a las personas un refuerzo positivo, alabar sus logros, sus méritos. Siempre hay que destacar lo bueno, las cualidades y habilidades.

Cuanta más alta sea la autoestima; Más posibilidades habrán de establecer relaciones enriquecedoras y no destructivas. Estas son las recompensas de la confianza y el respeto por nosotros mismos. (Flores, 2011).

La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima: reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento sobre mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí. (Díaz, 2012).

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir digno de ser feliz y por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que ayuda a alcanzar las metas y experimentar la plenitud. Desarrollar el nivel de autoestima es ampliar la capacidad de ser felices. (Hernández, 2010).

5.8. FAMILIA. PIEZA FUNDAMENTAL EN EL ADULTO MAYOR

Cambios, limitaciones, pérdidas, enfermedades, hacen al anciano sentirse inútil y estar expuesto a terminar la existencia en una soledad cada vez mayor.

En cuanto a los roles de la familia actual, al paso de los días se da un debilitamiento de los vínculos sociales, de la familia. (Moragas, 2005)

Estas familias nucleares extensas, (donde vive algún familiar, generalmente el padre o madre de uno de los cónyuges) presentan tensiones y conflictos en el seno familiar generando violencia física y psicológica, porque la responsabilidad no siempre es compartida y los derechos y obligaciones no son iguales para los integrantes de la familia. (Moragas, 2005)

El adulto mayor tiene derecho a ser abordado de una forma integral en los efectos de la enfermedad terminal y su repercusión con el entorno socio familiar permitiendo brindar atención en todas las esferas de su vida, física, emocional, social y espiritual. (Díaz, 2012).

La familia reacciona de diferente manera, como familias que se adaptan adecuadamente pese a las circunstancias o determinadas crisis y sus lazos se unen más se integran y responden adecuadamente ante la enfermedad de su familiar se reorganizan y se fortalecen. (Díaz, 2012).

Es importante detectar los roles que se desempeñan dentro de una familia partiendo desde ahí para abordar como está integrada la familia .Es bien sabido que no únicamente existe la familia nuclear con ambos padres e hijos, actualmente ahora se puede hablar de familias mixtas donde vive algún familiar abuelo, tío etc. (Díaz, 2012).

En donde se ve en la actualidad que los hijos duran más tiempo en la casa, los abuelos en este caso tienen mayor posibilidad de ver más tiempo a sus nietos jugando el rol de cuidadores de ellos retomando la necesidad de identificar que roles existen ya no solo el padre proveedor y madre que cuida a los hijos, actualmente los roles son dinámicos y flexibles, en donde ello sería benéfico para el adulto mayor con alguna enfermedad (Moragas, 2005).

Se hace referencia que la familia juega un papel determinante ante el cuidado del adulto mayor cuando padece alguna enfermedad. Se sabe que las crisis son difíciles, pero hablar de crisis en los adultos mayores es mucho más difícil , sin embargo la familia tendrá que aprender a adaptarse con estos cambios , ya que el seno familiar es el mejor lugar para cuidar al adulto mayor, siendo importante la participación de cada uno de sus miembros y los roles que tengan dentro de la familia y no dejar el cuidado a un solo miembro identificando al cuidador principal y así apoyarse entre la misma familia (Moragas, 2005).

La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar. (Gómez, 2013).

5.9. AISLAMIENTO SOCIAL

Además de la familia como red social de apoyo, existen otras redes significativas: amigos y conocidos, vínculos profesionales, entorno laboral. La salida del mercado laboral es un acontecimiento inexorable en el período de la vejez para aquellos

adultos mayores que han mantenido una vida profesional/laboral activa. Su impacto en el quehacer cotidiano variará en función de los significados que cada persona le otorgue a esta nueva etapa. (Iglesias, 2011)

La jubilación conlleva dos principales fuentes de riesgo para la soledad en los adultos mayores. Por un lado, la falta de iniciativa para aprovechar la gran cantidad de tiempo libre de que se disponga, junto con una falta de adaptación al cambio de rol y de estatus social. La segunda fuente de riesgo consiste en que el abandono del mercado de trabajo implique un proceso paralelo de desvinculación social por empobrecimiento de las relaciones interpersonales extrafamiliares. (Ussel, 2012)

Siendo la jubilación un acontecimiento que sobreviene especialmente en la vejez, podría justificarse, al menos desde este hecho particular, si la adaptación no es adecuada, que se asocie la soledad a esta etapa de la vida.

La soledad, como percepción cognitiva, dependerá de los significados que se construyan en torno a esta nueva realidad y de la imagen que el adulto mayor tenga de sí mismo. Con la jubilación, generalmente el adulto mayor es el responsable directo de la distribución de su tiempo y del emprendimiento de nuevas actividades. Cuando la reorganización no es exitosa, si no hay iniciativa en realizar nuevas tareas o emprender proyectos que lo mantengan activo, el adulto mayor podría verse afectado en su estado de ánimo (Iglesias, 2011), confinándose al espacio intrafamiliar y empobreciendo los vínculos sociales. Con la vejez, esta red social va disminuyendo en su densidad por distintos motivos: muertes, problemas de salud, distancias geográficas, dificultades para movilizarse. Este hecho sumado a la desvinculación laboral implica inexorablemente una modificación en los contactos sociales en la vida del adulto mayor. Sin embargo, que exista una alteración en los vínculos no significa que necesariamente deba aparecer el sentimiento de soledad en la vejez. (Ussel, 2012).

5.10. REDES SOCIALES: ¿IMPORTANTE O NO EN EL ADULTO MAYOR?

El proceso de envejecimiento, además de los cambios en las políticas públicas, en los perfiles epidemiológicos, en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y seguridad social y en la disposición de recursos, implica la consideración de otros factores que puedan influir en la prolongación de las habilidades funcionales, en la autonomía, en la independencia y en la calidad de vida de las adultas y adultos mayores. (Santos, 2009).

En el sector salud, los grupos de ayuda mutua constituyen una invaluable herramienta educativa. Dichas agrupaciones están integradas por personas que deciden reunirse de forma voluntaria y periódica para superar los problema o situaciones que tienen en común y conseguir así cambios personales o sociales. En estas agrupaciones, los individuos mutuamente se proporcionan información, intercambian experiencias, se brindan apoyo emocional, realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Al mismo tiempo, sus integrantes sensibilizan a la población y, en ocasiones, hacen presión social, con énfasis en la interacción personal y en la asunción individual de responsabilidades. Además, promueven valores mediante los cuales sus miembros pueden reforzar la propia identidad. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Hoy, la realidad de los adultos mayores se encuentra inmersa en la tendencia a valorizar al ser humano por su capacidad de continuar haciendo parte de procesos productivos que prima sobre el valor que encierra en sí mismo. De igual manera, de acuerdo con el estereotipo cultural del mundo occidental, la vejez es sinónimo de pérdida de capacidades, especialmente las relacionadas con el aspecto físico, lo que en un medio donde el culto a la belleza y la valoración a la competencia, la rapidez, la agilidad son aspectos predominantes, hace que los individuos experimenten temor e incluso aversión por esa etapa de la vida. (Flores, 2011).

Lo que abona el camino al aislamiento social e invisibilidad de las necesidades sociales, económicas y emocionales de los adultos mayores. (Santos, 2009).

Está demostrado que la existencia de redes sociales facilita la integración social de este grupo poblacional y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa. Dentro de sus efectos favorables se encuentra la posibilidad de enfrentar situaciones de tensión que requieren adaptación, como aquellas que son resultantes de los cambios físicos, mentales y de salud que pueden percibir. (Santos, 2009).

Las redes sociales y la integración social ayudan a mantener la percepción y el sentido de control sobre las situaciones, lo que disminuye los riesgos de morbilidad, mortalidad e internamiento de los adultos mayores. Los cambios físicos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, llevan a que se pierda paulatinamente autonomía y se amplíe su necesidad de dependencia con las consecuencias que esto implica en el entorno familiar y social. (Flores, 2011).

La funcionalidad en las personas mayores se evidencia en la capacidad de realizar las actividades cotidianas y pueden atender y enfrentar las demandas del entorno, viviendo independientemente.

La disminución o pérdida de las habilidades funcionales afecta de manera significativa los roles y tareas socialmente definidas para las personas, en este momento la socialización del adulto mayor tiende a debilitarse, lo que da paso a la discapacidad. (Santos, 2009).

Las actividades diarias, como vestirse, bañarse, utilizar los servicios, o en la pérdida de la autonomía para consumir alimentos, al ser realizadas con la asistencia de un tercero, hace que se aumente la dependencia y a la vez ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. (López, 2011).

Si a lo anterior se suma la disminución de la participación en los sistemas sociales, la marginación social se refuerza y se pierde el interés y la confianza de que el sistema social pueda generar alguna satisfacción. (López, 2011).

De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por el detrimento del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones

que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros. (Flores, 2011).

En esta etapa de la vida, la integración social logra compensar la pérdida inherentes a la edad, se considera que la interacción y la integración social son factores de protección frente a la aparición de patologías, y logran que el adulto mayor desarrolle su capacidad cognitiva, tenga habilidades de afrontamiento, module su afecto, mejore su calidad de vida y, por ende, su autonomía; lo anterior trae como consecuencia cambios positivos a nivel de movilidad, de independencia y del auto concepto de la adulta y el adulto mayor. (Santos, 2009).

Los efectos positivos de las redes sociales de apoyo en esta etapa del ciclo vital han dirigido la mirada hacia el análisis de los mecanismos formales e informales de apoyo social. (Flores, 2011).

Mientras los mecanismos formales de apoyo se encuentran soportados en estructuras institucionales con objetivos específicos y con recursos financieros y humanos determinados, políticas públicas y seguridad social, los mecanismos informales son de naturaleza individual y no burocrática; en ellos se incluye la familia, el círculo de amigos y vecinos. (López, 2011).

En los últimos años, los mecanismos informales han recobrado significativa importancia dada la insostenibilidad del primer sistema ante la progresiva desproporción existente entre el número creciente de adultos mayores y la incapacidad del Estado para financiar, a largo plazo, las políticas, programas y proyectos de atención en salud y seguridad social. (Santos, 2009).

De ahí que las redes sociales, y principalmente la familia, se constituyan en el norte para orientar las políticas de apoyo a esta población. La formación de redes sociales no es un fenómeno nuevo, se remonta a épocas tempranas de las sociedades humanas, en cuanto que han facilitado su supervivencia. La búsqueda de apoyo en otras personas, especialmente en situaciones particulares, ha sido una característica del ser humano. (Santos, 2009).

Las redes sociales tradicionalmente se han relacionado con las poblaciones más vulnerables, pues se han constituido en un mecanismo para la satisfacción de necesidades básicas. Sin embargo, es necesario precisar que no solo la satisfacción de necesidades básicas y materiales es la razón por la cual una persona decide formar parte de una red; para los adultos mayores las necesidades emocionales y cognitivas se convierten en la motivación principal. (López, 2011).

Por lo que es importante el reconocimiento de redes sociales como lo es el Internet que para el adulto mayor se ha convertido en una plataforma totalmente novedosa. Muchos no saben cómo la red puede ayudarlos a comunicarse mejor con sus amigos o familiares, ni están al tanto que puede traerles diversos beneficios. (Santos, 2009).

En la actualidad, diversas organizaciones municipales han creado programas enfocados en enseñar y capacitar al adulto mayor acerca de los nuevos recursos tecnológicos disponibles para que ellos puedan sacarles el mayor provecho posible. Estos cursos también pretenden que los equipos posean las adaptaciones requeridas que brinden un uso óptimo de las personas que sufren de problemas visuales, auditivos o alguna otra limitación física. (López, 2011).

Durante la tercera edad, la capacidad visual, auditiva y la pérdida de memoria son situaciones recurrentes que pueden parecer un obstáculo para aprender a utilizar estas nuevas tecnologías. Sin embargo, al existir computadores modificados según las necesidades del adulto mayor se están reduciendo las barreras. (Santos, 2009).

Es fundamental que el adulto mayor se mantenga activo sobre los temas referentes a estos dispositivos, ya que su uso está en aumento y no solamente se ocupa en casa, sino que también es común en supermercados, bancos, centros comerciales y centros de pago. De no ser así, la persona requerirá siempre de la ayuda de terceros para llevar a cabo este tipo de actividades. (López, 2011).

Existen múltiples beneficios de las redes sociales (internet) pero cabe mencionar que una computadora nunca podrá sustituir a los seres humanos y el cariño no se

expresa ni se siente igual a la distancia. Los adultos mayores están predispuestos a la soledad. En nuestras manos como familiares, como personal de salud, podemos hacer más por ellos. (Santos, 2009).

5.11. ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

Todos los seres humanos envejecen, se trata de un proceso normal que se manifiesta de numerosas maneras: aparición de canas, caída de cabello, disfuncionalidad en el nivel de los sentidos, retardo de procesos metabólicos, pérdida de memoria, pérdida de fuerza y masa muscular, con aumento del porcentaje graso corporal. El adulto mayor no debe de recibir estos cambios solo: la compañía y el apoyo de los suyos le hacen bien; no debe de sentirse aislado para evitar que la depresión los consuma en un abismo de soledad y tristeza. En cuanto al aspecto social, existe repercusión en todas las etapas de la vida y más cuando el envejecimiento acentúa un factor psicosocial. (Rozema, 2003).

En la tercera edad se necesita contacto físico, porque generalmente se cuenta con pocos familiares y amigos vivos o que viven cerca; el/la cónyuge ha muerto, sus hijos viven muy lejos o se experimenta un deterioro de vista y audición. Estos factores hacen que el sentido del tacto se convierta en uno de los medios de comunicación más importantes, para la persona mayor, siendo indispensable el sentir por medio de la piel, en momentos en que los otros sentidos sufren atrofias”. (Santos, 2009). El estado anímico, la manera de percibir, sentir, gozar, disfrutar, está en manos de los profesionales que crean los espacios placenteros, en donde ellos, aun con sus características individuales y su complejo repertorio de padecimientos y dolencias, sientan que no son una “rémora para la sociedad”. (López, 2011). Deben ser incorporados en programas donde se les considere como seres humanos normales, y no solo desde la actividad física. Hoy la recreación ha tomado un auge impresionante; cada vez son más las personas que se incorporan, en todas las edades, educándose en la materia. La correcta y provechosa utilización del tiempo libre, trae confort e innumerables beneficios a la salud de quien lo practica, con mejor calidad de vida para él y quienes lo rodean. Cada año de vida el cuerpo humano cambia, y estos cambios, con el paso del tiempo, se vuelven más

notorios (Santos, 2009). La persona de la tercera edad sufre transformaciones fisiológicas, depresiones repentinas y crónicas, por lo cual es importante aislar estos sentimientos negativos, fortaleciendo los aspectos positivos, a través de prácticas adecuadas de actividad física, prestando atención, en el espacio de trabajo, para que este ambiente afectivo juegue un papel primordial. (López, 2011). El propósito fundamental de la recreación es servir de medio educativo, para el correcto empleo del tiempo libre y de las horas de ocio. Una buena educación de la comunidad, debe incluir horas de recreación para todas las personas, de acuerdo con sus necesidades, inclinaciones, aptitudes e intereses (Santos, 2009).

5.12. LA VIUDEZ

El mercado de trabajo y la familia son los dos núcleos principales sobre los que las personas vertebran su existencia. Se destaca cómo el cese de la actividad laboral, la pérdida del marco social que proporcionaba el trabajo y el tránsito hacia una situación novedosa determinada por la gran cantidad de tiempo libre que se tiene, constituyen factores de tal envergadura que hacen de la jubilación un momento de extrema importancia en la vida de los individuos. En la asimilación de la pérdida del rol laboral y, en general, a lo largo todo el proceso de adaptación a la jubilación, la familia acapara un protagonismo especial: su apoyo juega un papel decisivo en la calidad de vida que disfrutarán los jubilados. (Rosales, 2014).

En este sentido, el estado civil en que se hallan los individuos cuando se jubilan resulta un factor decisivo en el desarrollo de sus vidas. Las consecuencias que origina la desvinculación laboral, tanto las positivas como las negativas, no serán idénticas para las personas que cuentan con su cónyuge que para las que bien lo han perdido o bien permanecen solteras. En los casos de viudedad, especialmente, el riesgo de derivar en situaciones de aislamiento social y de soledad se eleva con la llegada de la jubilación, ya que a la soledad conyugal que se padece se añade la pérdida del núcleo más importante de relación social con que muy probablemente contaban. (Rosales, 2014).

5.13. DOROTHEA OREM

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (Flores, 2011).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

-Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

-Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. (Flores, 2011).

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado

dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (Flores, 2011).

- Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (Rivera, 2011).

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (Rivera, 2011).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. (Rivera, 2011).

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a

los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (Rivera, 2011).

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1) Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2) Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3) Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4) Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5) Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. (Rivera, 2011).

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y estas acciones predeterminadas están a que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. (Rivera, 2011).

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

El autocuidado es la capacidad que tiene una persona para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad; incluye no sólo las necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales; el concepto “cuidado” es la totalidad de actividades que una persona inicia para mantener la vida y poder desarrollarse de una forma normal. (Rivera, 2011).

Orem define el autocuidado como: “La práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”

Para abordar el tema de la autoestima y soledad se recurrió a la teoría de Dorothea E. Orem aplicada a esta investigación para implementar medidas y acciones individualizadas. Esto significa un reto para la enfermería, ya que actualmente deben planearse estrategias de atención para lograr la independencia del paciente, y sobre todo fomentar el autocuidado. (Rivera, 2011).

Es importante que la enfermería, junto al equipo de salud, se involucre en programas y guíen al paciente sobre la importancia que tiene la autoestima y la soledad. Y sobre todo la aportación de medidas preventivas en el grupo de los adultos mayores. (Flores, 2011).



“La madurez del hombre es haber recobrado la serenidad con la que jugábamos cuando éramos niños”.

Frederich Nietzsche.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

Tipo de estudio cuantitativa: se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecida previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuencia en el uso estadístico para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población del adulto mayor. (Hernández y colaboradores, 2014).

Diseño metodológico: Descriptivo y Transversal. La finalidad de tipo descriptivo es especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidad o cualquier otro fenómeno que sea sometido un análisis. Su objetivo es medir con la mayor precisión posible. Al ser transversal se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia en un determinado tiempo. (Hernández y colaboradores, 2014).

Sujetos de estudio: Se consideró como población de interés a los adultos mayores susceptibles de encontrar soledad y baja autoestima.

Universo: Adultos mayores de 60 años y más que acudieron a recibir atención en la Unidad Hospitalaria, en el Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán así como del Centro de salud zona rural.

Muestra: Por conveniencia. La capacidad de usuarios totales que acudieron a recibir atención médica a primer y segundo nivel entre 150 a 200 adultos mayores de 60 años y más.

Criterios de inclusión: Adultos mayores de 60 años y más que acudieron a recibir atención en la Unidad Hospitalaria, en el Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural., que estén lucidos y no presenten ninguna enfermedad mental, ni problemas visuales, auditivos.

Criterios de eliminación: Instrumentos mal llenados.

Criterios de exclusión: Los adultos mayores que presentan demencia, así como problemas de audición, problemas visuales que no les permiten contestar la encuesta de manera satisfactoria.

Sociodemográficas

Edad: Adultos mayores de 60 años y más.

Género: Femenino. Masculino.

Estado civil: Soltera (o). Casada(o). Unión libre. Viuda(o).

Religión: Creencias personales con un Dios supremo. Católico. Ateo. Testigo de Jehová. Cristiano.

Ocupación: Desempeño laboral.

Peso, talla: La somatometría es el conjunto de técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones corporales de una persona.

Actividades recreativas: Las actividades recreativas para los adultos mayores no se limitan a las damas, juegos de cartas y golf. Cualquier actividad entretenida no contactada con el empleo es considerada recreativa. Los adultos mayores participan en una variedad de actividades por diversión y por la oportunidad de hacer algo mejor por sus comunidades.

Estas actividades incluyen juegos, manualidades, actividades sociales como bailes, actividades grupales, ciclismo, y programas de voluntariado que brindan la oportunidad de usar sus habilidades para ayudar o enseñar a otros.

Grupo de ayuda: Grupo de personas, miembros de una familia, grupo religioso, vecinos y otros con capacidad para aportar alguna ayuda y un apoyo tan reales como duraderos hacia su persona.

Variable dependiente: Percepción de la soledad: La tendencia constante de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surgen la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una “falta de algo” que se necesita o aparece cuando el sujeto no encuentra con que complementarse. (Díaz, 2010).

Variable independiente: Autoestima: Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, la manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. Es a partir de la infancia cuando se empieza a formar un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que se van adquiriendo. (Díaz, 2010).

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información: Artículos oficiales y páginas electrónicas.

Definición del plan de procesamiento y presentación de la información: Utilización del programa SPSS el cual es un programa estadístico informático donde se plasma y contabiliza los ítems para recabar los resultados finales en cuanto a estadística.

Se trabajó con estadística descriptiva, para conocer las características de los participantes del estudio a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central, media, mediana y moda.

Material: A continuación se realiza la descripción de los instrumentos aplicados. Para la variable independiente se utilizó en instrumento “Rosenberg”, elaborado por Díaz y colaboradores en 2005. Con escala de Likert de completamente de acuerdo 1, moderadamente de acuerdo 2, de acuerdo 3, en desacuerdo 4, moderadamente en desacuerdo 5, completamente en desacuerdo 6. Donde la manera de contestar fue eligiendo con una “X” la opción seleccionada.

A continuación se muestra la tabla de fiabilidad aplicada en el instrumento.

TABLA I. Fiabilidad del Instrumento de AUTOESTIMA

DIMENSIÓN	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH	MÉTODO DE MITADES
Autoestima de Rosenberg	10	.888	.945

Para la variable dependiente se aplicó el instrumento “ESTE” elaborado por Cardona y colaboradores en 2010, para medir la percepción de soledad en la población adulta participante. Dicho instrumento está conformado por 20 ítems y consta de cuatro dimensiones: familiar, conyugal, de adaptación y social.

El formato de respuesta es con escala de Likert, en opciones de respuesta totalmente en desacuerdo (1), parcialmente en desacuerdo 2, no tiene una opinión definida 3, parcialmente de acuerdo 4, totalmente de acuerdo 5.

*Nota * Los números que se encuentra en cada paréntesis corresponden al valor de cada respuesta.*

La forma de contestar fue marcando con una “X” la opción definida por los participantes.

A continuación se muestra una tabla donde se describe de manera individual por dimensiones la confiabilidad así como de manera global.

TABLA II. Fiabilidad del Instrumento de SOLEDAD

DIMENSIÓN	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH	MÉTODO DE MITADES
Familia	9,10,11,12 y 13	.981	.978
Conyugal	3,4,5,6 y 7	.957	.949
Social	15,16,17 y 18	.940	.967
Adaptación	1,2,8 y 14	.931	.943
T o t a l	20	.984	.994

Procedimiento: Se elaboró el protocolo de investigación y fue sometido para su evaluación por el comité de investigación y bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, una vez aprobado por dicho comité (apéndice “D”) se procedió a la aplicación de los instrumentos en la Unidad Hospitalaria, en el Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural., en el periodo de Mayo a Junio del año 2016.

Se invitaron a colaborar en la aplicación de cuestionarios a estudiantes de primer semestre y quinto semestre de la licenciatura de enfermería. Se realizó una capacitación previa acerca del llenado de los instrumentos con la finalidad de evitar errores. Para el reclutamiento y adiestramiento de los encuestadores, la responsabilidad fue de la investigadora principal.

Para la selección de los participantes se identificó a las personas que cumplían con los criterios de inclusión. Se eligieron por muestreo a conveniencia y se les abordó en la consulta externa donde se brindó información del objetivo de estudio y se solicitó su participación en el mismo, así como la firma en la hoja del consentimiento informado (apéndice “B”).

En el momento en que el participante disponía de tiempo y evitando interferir con la rutina del centro de salud y unidad médica, el entrevistador recabó la información durante 45 minutos aproximadamente a través de un cuestionario estructurado para

las variables sociodemográficas y dos instrumentos que miden la soledad y la autoestima.

Recursos humanos:

Asesora: María Magdalena Lozano Zúñiga.

Tesista: Marcia Alejandra Abarca Magaña.

Plan de difusión y publicación de resultados: Congresos Nacionales e Internacionales, revistas de investigación. Ponencia para dar a conocer resultados e innovar con estrategias para mejorar el estado anímico de los adultos mayores.

Consideraciones éticas y legales: Esta investigación fue considerada de riesgo mínimo donde se garantiza la seguridad del paciente así como del entorno en el que se encuentra.

Los datos obtenidos en esta entrevista serán confidenciales y se maneja con la privacidad necesaria. Con estas observaciones y trabajando en base a la ley general de salud en materia de investigación se reconocen los siguientes artículos:

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Es de vital importancia brindar el respeto y proteger su integridad física y emocional.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Protegiendo ante todo los derechos del paciente encuestado sin ejercer presión alguna.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.



“El elixir de la eterna juventud está escondido en el único lugar en donde a nadie se le ocurre buscar, en nuestro interior”.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Este capítulo comprende los resultados de la investigación. Se trabajó con dos instrumentos previamente validados. El instrumento “ESTE” que mide soledad su consistencia interna fue de .984, obtenido con el Alfa de Cronbach. Consta de cuatro dimensiones las cuales fueron validados de la siguiente forma: familiar .981, conyugal .957, social .940 y adaptación .931.

El instrumento de Autoestima “ROSENBERG” su consistencia interna fue de .888 obtenido con el Alfa de Cronbach.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Se caracterizó a la población participante de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural, mediante variables sociodemográficas los resultados se presentan en la tabla 1, 2 y 3.

Tabla 1 Distribución de Género

Genero			
Femenino	73	48.7%	150
Masculino	77	51.3%	100%

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

En la tabla 1, la distribución de Género de la población participante se resaltó la participación de 77 hombres correspondientes al (51.3%) y 73 mujeres (48.7%).

Tabla 2 Rango de edad por grupos

Edad	Unidad Hospitalaria	Módulo de atención primer nivel de Morelia	Centro de salud zona rural	TOTAL	%
60-64	15	20	19	54	36.0 %
65-69	6	8	10	24	16.0%
70-74	11	5	15	31	20.67%
75-79	9	9	3	21	14.0%
80-84	6	5	3	14	9.33%
85 y más	3	3	--	6	4.0%
Total	50	50	50	150	100%

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Respecto a la edad se destacó que la mayor participación está en el rango de 60-64 años con 54 (36%), seguido del grupo de edad 70-74 con 31 (20.67%), continúa el de 65-69 donde participaron 24 (16%), con solo 14 (9.33%) personas el grupo de 80-84 y por último los que se agrupan en el rango de 85 y más 6 (4%).

TABLA 3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS							TOTAL
Variable	Módulo de atención primer nivel de Morelia		Unidad Hospitalaria		Centro de salud zona rural		
	n	%	n	%	n	%	
Genero							
Femenino	35	23.3%	15	10%	23	15.3%	150
Masculino	15	10%	35	23.3%	27	18.1%	100 %
Religión							
Católico	48	32%	45	30%	38	25.3%	150
Cristiano	1	0.66%	2	1.13%	3	2.0%	
Ateo			2	1.13%	6	4.0%	
Testigo de Jehová	1	0.66%	1	0.66%	3	3.33%	

Ocupación							
Si	34	22.6%	34	22.6%	37	24.7%	150
No	16	10.7%	16	10.7%	13	8.7%	100%
Actividades recreativas							
Si	22	14.6%	20	13.3%	17	11.4%	150
No	28	18.7%	30	20%	33	22%	100%
Grupo de autoayuda							
Si	2	1.33%	3	2.0%	5	3.33%	150
No	48	32%	47	31.3%	45	30.1%	100%

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Referente a las variables sociodemográficas en la tabla 3, se observó que la religión que más se profesa es la católica con la siguiente distribución. En la Unidad Médica el 45 (30%) de los participantes, en el Módulo de atención primer nivel de Morelia el 48 (32%) y en el Centro de salud zona rural 38 (25.3%).

Otra de las variables sociodemográficas es ocupación. Dando como resultado 34 (22.6%) pertenecientes al Módulo de atención primer nivel de Morelia y la Unidad Médica, mientras que en el Centro de salud zona rural 37 (24.7%).

Referida a las actividades recreativas 33 participantes (22%) del Centro de salud zona rural seguido de la Unidad Médica 30 (20%) y el Módulo de atención primer nivel de Morelia 28 (18.7%) no realizan ninguna actividad recreativa.

La variable sociodemográfica autoayuda 48 participantes (32%) pertenecientes al Módulo de atención primer nivel de Morelia, así como 47 (31.3%) de la Unidad Médica y Centro de salud zona rural 45 participantes (30.1%) no acuden a ningún centro de ayuda mutua.

Tabla 4 Variables sociodemográficas Edad y ocupación

GRUPO	EDAD	OCUPACIÓN		TOTAL	
		Si	No	n	%
Unidad Hospitalaria	60-64 años	14	1	15	30
	65-69 años	6	-	6	12
	70-74 años	6	5	11	22

GRUPO	EDAD	OCUPACIÓN		TOTAL	
	75-79 años	5	4	9	18
	80-84 años	2	4	6	12
	85 años y más	1	2	3	6
TOTAL		34	16	50	100%
Módulo de atención primer nivel de Morelia	60-64 años	19	1	20	40
	65-69 años	8	---	8	16
	70-74 años	2	3	5	10
	75-79 años	3	6	9	18
	80-84 años	2	3	5	10
	85 años y más	1	2	3	6
TOTAL		35	15	50	100%
Centro de salud zona rural	60-64 años	17	2	19	38
	65-69 años	10	---	10	20
	70-74 años	9	6	15	30
	75-79 años	1	2	3	6
	80-84 años	---	3	3	6
	85 años y más	---	---	---	20
TOTAL		37	13	50	100%

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Finalizando con la tabla 4 referente a la variable sociodemográfica edad y ocupación. Se observó que los adultos mayores del Centro de salud zona rural a partir del rango de edad 80 en adelante no tienen ocupación mientras que en el área de Morelia, referido a la Unidad Hospitalaria 3 participantes (2.0%) aun continua activo en el área laboral así como del Módulo de atención primer nivel de Morelia.

Variable independiente.

Referente a determinar la autoestima en el adulto mayor de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia y Centro de salud zona rural Para dar respuesta se integran las siguientes tablas.

Tabla 5. Autoestima

Autoestima	n	%
Baja	31	20.7
Media	5	3.3
Alta	114	76.0
Total	150	100.0

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Relacionado a la variable independiente, autoestima se observó en la tabla 5 que se encuentra en categoría alta con 114 (76%) de los participantes.

Tabla 6. Autoestima y variables sociodemográficas

Variable Autoestima	Soltero		Casado		Viudo		Separado		Divorciado		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baja	1	0.66%	23	15.4%	4	2.66%	2	1.33%			150
Media			4	2.66%	1	0.66%					
Alta	24	16.1%	47	31.3%	4	26.6%	3	2.0%	1	0.66%	
	RELIGIÓN										
	Católico		Cristiano		Ateo		Testigo de Jehová				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baja	25	16.66%			2	1.13%	4	2.66%			150
Media	5	3.33%									
Alta	101	67.33%	6	4%	6	4%	1	0.66%			
	ACTIVIDADES RECREATIVAS										
	SI				NO						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baja	12	8%			19	12.68%					150
Media	2	1.13%			3	2.0%					
Alta	45	30%			69	46%					

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Referente a la autoestima con la variable sociodemográfica estado civil 47 participantes (31.3%) fueron casados y presentaron autoestima alta.

La religión con mayor auge es la católica. Y se registró que 101 adultos mayores (67.33%) tienen autoestima alta. 25 (16.66%) también profesan esa religión pero presentan autoestima baja.

Se observó en las actividades recreativas 69 (46%) no practican de ningún tipo y registran autoestima alta.

Tabla 7. Autoestima en grupos

	Autoestima			Total
	Alta	Media	Baja	
Unidad Hospitalaria	41	2	7	50
Módulo de atención primer nivel de Morelia	45	2	3	50
Centro de salud zona rural	28	1	21	50
TOTAL	114	5	31	150

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

En la tabla 7. Donde se correlacionan autoestima y grupos participantes. Se registró que 45 (30%) de los participantes del Módulo de atención primer nivel de Morelia registraron autoestima alta. Seguido de la Unidad Hospitalaria 41 (27.33%) y por ultimo Centro de salud zona rural 28 (18.66%).

Tabla 8. Autoestima y variables sociodemográficas Edad

GRUPO	EDAD	AUTOESTIMA			TOTAL	
		BAJA	MEDIA	ALTA	N	%
Unidad Hospitalaria	60-64 años	5	---	10	15	30
	65-69 años	---	1	5	6	12
	70-74 años	1	---	10	11	22
	75-79 años	---	1	8	9	18
	80-84 años	1	---	5	6	12
	85 años y más	---	---	3	3	6
SUBTOTAL		7	2	41	50	100%
Módulo de atención primer nivel de Morelia	60-64 años	3	---	17	2	4
	65-69 años	---	1	7	8	16
	70-74 años	---	---	6	6	12
	75-79 años	---	1	7	8	16
	80-84 años	---	---	5	5	10
	85 años y más	---	---	3	3	6

GRUPO	EDAD	AUTOESTIMA			TOTAL	
		BAJA	MEDIA	ALTA	N	%
SUBTOTAL		3	2	45	45	100%
Centro de salud zona rural	60-64 años	10	---	9	19	38
	65-69 años	3	---	7	10	20
	70-74 años	7	---	8	15	30
	75-79 años	---	---	3	3	6
	80-84 años	1	1	1	3	6
	85 años y más	---	---	---	---	---
SUBTOTAL		21	1	28	50	100%
TOTAL		31	5	114	150	100

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

La variable sociodemográfica de edad y autoestima los adultos que registraron alta autoestima se encontraron en el rango de 60 a 64 años en el Módulo de atención primer nivel de Morelia siendo 17 (34%). Unidad Médica del rango de 70 a 74 años fueron 10 (20%) con alta. Mientras que en el Centro de salud zona rural 10 participantes (20%), registraron baja autoestima.

Tabla 9. Autoestima y variables sociodemográficas (Edad y estado civil)

ESTADO CIVIL							AUTOESTIMA						
		S	C	V	SR	D	TOTAL	%	BAJA	MEDIA	ALTA	n	%
Unidad Hospitalaria	60-64 años	1	11	3	--	-	15	30	5	---	10	15	30
	65-69 años	--	1	5	--	-	6	12	---	1	5	6	12
	70-74 años	2	4	1	3	1	11	22	1	---	10	11	22
	75-79 años	--	6	3	--	-	9	18	---	1	8	9	18
	80-84 años	1	2	3	--	-	6	12	1	---	5	6	12
	85 y más	1	--	2	--	-	3	6	---	---	3	3	6
SUBTOTAL		5	25	16	3	1	50	100	7	2	41	50	100
	60-64 años	3	12	5	--	-	20	40	3	---	17	20	40

ESTADO CIVIL							AUTOESTIMA						
Módulo de atención primer nivel de Morelia	65-69 años	2	3	3	--	-	8	16	---	1	7	8	16
	70-74 años	-	3	2	1	-	6	12	---	---	6	6	12
	75-79 años	1	4	3	--	-	8	16	---	1	7	8	16
	80-84 años	1	2	2	--	-	5	10	---	---	5	5	10
	85 años y más	1	-	2	--	-	3	6	---	---	3	3	6
SUBTOTAL		8	24	17	1	-	50	100	3	2	45	50	100
Centro de salud zona rural	60-64 años	7	10	2	-	-	19	38	10	---	9	19	38
	65-69 años	3	5	2	-	-	10	20	3	---	7	10	20
	70-74 años	2	9	2	2	-	15	30	7	---	8	15	30
	75-79 años	-	1	2	-	-	3	6	---	---	3	3	6
	80-84 años	-	-	3	-	-	3	6	1	1	1	3	6
	85 años y más	-	-	-	-	-	---	--	---	---	---	---	---
SUBTOTAL		12	25	11	2	-	50	100	21	1	28	50	100
TOTAL		150					150	100	31	5	114	150	100

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Nota: Siendo S (SOLTERO), C (CASADO), V (VIUDO), SR (SEPARADO) Y D (DIVORCIADO).

Para finalizar con la variable independiente se correlaciono con edad, estado civil y se presentó que 12 (24%) en el Módulo de atención primer nivel de Morelia fueron casados, rango de edad de 60 a 64 y su autoestima fue alta. Seguido de la Unidad Médica con 11 (22%) en el mismo rango de edad y estado civil resultando alta autoestima. En el Centro de salud zona rural 10 participantes casados (20%) en similitud de rango de edad registraron baja autoestima.

Variable dependiente.

Determinar la percepción de soledad en el adulto mayor de la Unidad Médica, Módulo de atención primer nivel de Morelia y Centro de salud zona rural. Para dar respuesta se integran las siguientes tablas.

Tabla 10. Variable dependiente Percepción de Soledad

Soledad	N	%
Alta	33	22.0
Media alta	10	6.7
No saben	11	7.3
Media baja	23	15.3
Baja	73	48.7
Total	150	100.0

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Referente a la percepción de soledad de los adultos mayores fue de 73 (48.7%) como se puede apreciar en la tabla 10.

Tabla 11. Variable dependiente Percepción de Soledad y variables sociodemográficas

VARIABLE	SOLTERO		CASADO		VIUDO		SEPARADO		DIVORCIADO		Total	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SOLEDAD												
Alta	15	10%	1	0.66%	17	11.33%	---	----	-----	-----	150	100
Media alta	1	0.66%	2	0.33%	5	3.33%	2	0.33%	-----	-----		
No saben	3	2.0%	---	-----	7	4.66%	---	-----	1	0.66%		
Media baja	--	----	21	14%	2	0.33%	---	-----	-----	-----		
Baja	6	4.0%	50	33.33%	14	9.33%	3	2.0%	-----	-----		

VARIABLE	SOLTERO		CASADO		VIUDO		SEPARADO		DIVORCIADO		Total	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SOLEDAD	Católico		Cristiano		Ateo		Testigo de Jehová					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alta	28		18.68%		---	-----	---	-----	---	-----	150	100
Media alta	6		4.0%		3	2.0%	5	3.33%	1	0.66%		
No saben	9		6.0%		---	-----	---	-----	2	0.33%		
Media baja	19		12.66%		2	0.33%	1	0.66%	1	0.66%		
Baja	69		46%		1	0.66%	2	0.33%	1	0.66%		
SOLEDAD	ACTIVIDADES RECREATIVAS											
	SI				NO							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alta	12	8%			21	14%					150	100
Media alta	3	2.0%			7	4.66%						
No saben	7	4.66%			4	2.66%						
Media baja	6	4.0%			17	11.33%						
Baja	31	20.66%			42	28%						

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Respecto a la percepción de soledad y las variables sociodemográficas. Se muestra en la tabla 11 lo siguiente.

Se analizó el estado Civil, los casados su percepción de soledad fue baja siendo 56 (33.33%). Los solteros, 15 (10%) de los participantes su percepción de soledad fue alta y los viudos, se observó que 17 (11.33%) la percepción de soledad es alta.

Respecto a la religión católica, la percepción de soledad es baja de 69 (46%). 28 participantes que corresponden al (18.68%) también profesan la religión católica pero su percepción de soledad es alta.

Tabla 12. Variable dependiente Percepción de Soledad y grupos

	PERCEPCIÓN DE SOLEDAD					TOTAL
	ALTA	MEDIA ALTA	NO SABEN	MEDIA BAJA	BAJA	
Unidad Médica	7	5	3	6	29	50
Módulo de atención primer nivel de Morelia	11		5	6	28	50
Centro de salud zona rural	15	5	3	11	16	50
TOTAL	33	10	11	23	73	150

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Referente a la población participante la Unidad Médica 29 (58%) su percepción de soledad fue baja, 228 participantes (18.68%) del Módulo de atención primer nivel de Morelia registraron percepción de soledad baja y el Centro de salud zona rural fue de 16 (32%) percepción de soledad baja.

Tabla 13. Variable dependiente Percepción de Soledad y edad

RUPO	EDAD	PERCEPCIÓN DE SOLEDAD					TOTAL	
		ALTA	MEDIA ALTA	NO SABEN	MEDIA BAJA	BAJA	N	%
Unidad Médica	60-64 años	--	2	1	---	12	15	30
	65-69 años	1	1	----	1	3	6	12
	70-74 años	1	1	1	1	7	11	22
	75-79 años	1	1	----	2	5	9	18
	80-84 años	2	----	---	2	2	6	12
	85 años y más	2	----	1	---	----	3	6
SUBTOTAL		7	5	3	6	29	50	100%
Módulo de atención primer nivel de Morelia	60-64 años	2	----	3	2	13	20	40
	65-69 años	2	----	1	2	3	8	16
	70-74 años	1	----	----	----	5	6	12
	75-79 años	2	----	----	1	5	8	16
	80-84 años	2	----	----	1	2	5	10
	85 años y más	2	1	----	----	----	3	6
SUBTOTAL		11	1	4	6	28	50	100%
	60-64 años	7	---	---	4	8	19	38

RUPO	EDAD	PERCEPCIÓN DE SOLEDAD					TOTAL	
		ALTA	MEDIA ALTA	NO SABEN	MEDIA BAJA	BAJA	N	%
Centro de salud zona rural	65-69 años	4	3	---	3	---	10	20
	70-74 años	3	1	1	2	8	15	30
	75-79 años	1	1	---	1	---	3	6
	80-84 años	---	---	2	1	---	3	6
	85 años y más	---	---	---	---	---	---	---
SUBTOTAL		15	5	3	11	16	50	100%
TOTAL							150	100

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

La percepción de soledad y edad se registró en la tabla 13 se observó que en la Unidad Médica dentro del rango de edad de 60-64 años su percepción de soledad fue baja siendo 12 (24%), en el rango de edad de 70-74 fue de 7 (14%), resultando percepción baja. En el Módulo de atención primer nivel de Morelia 13 (26%) de 60-64 años se observó que su percepción de soledad fue baja, referente al Centro de salud zona rural, 8 (16%) de 70-74 años su percepción de soledad fue baja.

Tabla 14. Variable dependiente Percepción de Soledad y género

GRUPO	EDAD	GENERO		TOTAL	%	PERCEPCIÓN DE SOLEDAD					TOTAL	
		F	M			ALTA	MEDIA ALTA	NO SABEN	MEDIA BAJA	BAJA	n	%
Unidad Médica	60-64 años	6	9	15	30	--	2	1	---	12	15	30
	65-69 años	---	6	6	12	1	1	---	1	3	6	12
	70-74 años	3	8	11	22	1	1	1	1	7	11	22
	75-79 años	5	4	9	18	1	1	---	2	5	9	18
	80-84 años	1	5	6	12	2	---	---	2	2	6	12
	85 años y más	---	3	3	6	6	2	---	1	---	3	6
SUBTOTAL		15	35	50	100	7	5	3	6	29	50	100%
Módulo de atención	60-64 años	15	5	20	40	2	---	3	2	13	20	40
	65-69 años	6	2	8	16	2	---	1	2	3	8	16
	70-74 años	6	---	6	12	1	---	---	---	5	6	12

GRUPO	EDAD	GENERO		TOTAL	%	PERCEPCIÓN DE SOLEDAD					TOTAL	
		F	M			ALTA	MEDIA ALTA	NO SABEN	MEDIA BAJA	BAJA	n	%
primer nivel de Morelia	75-79 años	6	2	8	16	2	----	----	1	5	8	16
	80-84 años	2	3	5	10	2	----	----	1	2	5	10
	85 años y más	1	2	3	6	2	1	----	----	----	3	6
SUBTOTAL		35	15	50	100	11	1	4	6	28	50	100%
Centro de salud zona rural	60-64 años	9	10	19	38	7	---	---	4	8	19	38
	65-69 años	2	8	10	20	4	3	---	3	---	10	20
	70-74 años	8	7	15	30	3	1	1	2	8	15	30
	75-79 años	2	1	3	6	1	1	---	1	---	3	6
	80-84 años	2	1	3	6	---	---	2	1	---	3	6
	85 años y más	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SUBTOTAL		23	27	50	100	15	5	3	11	16	50	100%
TOTAL		150									150	100%

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

En la tabla 14 se muestra la percepción de soledad y género en la Unidad Médica 9 (18%) hombres en rango de 60-64 años registraron percepción de soledad baja, mientras que en el Módulo de atención primer nivel de Morelia 15 (30%) mujeres su percepción de soledad fue baja. En el rango de 85 años y más corresponden 2 (4%) hombres y ellos registraron percepción de soledad alta. En el Centro de salud zona rural, 9 (18%) mujeres de 6-64 años su percepción de soledad es alta.

Tabla 15. Autoestima y percepción de soledad

VARIABLE Dependiente Independiente	Unidad Médica		Módulo de atención primer nivel de Morelia		Centro de salud zona rural		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
	Autoestima						
Baja	7	4.67%	3	2.0%	21	14.0%	150
Media	2	1.33%	2	1.33%	1	0.66%	100%
Alta	41	27.34%	45	30%	28	18.67%	
Soledad							
Alta	7	4.67%	11	7.31%	15	10%	150
Media alta	5	3.33%			5	3.33%	100%
No saben	3	2.0%	5	3.33%	3	2.0%	
Media baja	6	4.0%	6	4.0%	11	7.33%	
Baja	29	19.34%	28	18.70%	16	10.66%	

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Se registró en la tabla 15 la correlación de la variable dependiente e independiente en la Unidad Médica 41 (27.34%) registraron autoestima alta 29 (19.34%) percepción de soledad baja. Mientras que Módulo de atención primer nivel de Morelia 45 (30%) autoestima alta, referente a la percepción de soledad es 28 (18.70%) baja, para finalizar con el Centro de salud zona rural 21 (14%) su autoestima fue baja, respecto a la percepción de soledad 15 (10%) es alta.

Tabla 16. Comprobación de hipótesis.

AUTOESTIMA Y PERCEPCIÓN DE SOLEDAD				TOTAL	
		Autoestima			
		Baja	Media		Alta
Soledad	Alta			33	150
	Media Alta			10	
	No Saben	5	1	7	
	Media baja	9	4	10	
	Baja	19		54	

Fuente: instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

Al comprobar la hipótesis planteada se concluye que a menor percepción de soledad, mayor autoestima. A mayor percepción de soledad, menor autoestima.

CAPÍTULO VIII

DISCUSIÓN

La soledad es un sentimiento que llena el alma de un silencio frío y oscuro si no se sabe encauzar. Existen rostros surcados de arrugas, de piel marchita, de labios sin frescura, de ojos empequeñecidos, turbios y apagados que hablan por sí solos de la soledad y de la baja autoestima. Si sus voces llegaran dirían de su cansancio, de su miedo, pero sobre todo de su soledad y falta de amor por sí mismos. (Ariño, 2012).

Este estudio tuvo como objetivo analizar la autoestima relacionada a la percepción de la soledad en el adulto mayor, se desarrollaron conceptualizaciones de las variables. Se discutieron los resultados a partir del propósito de la investigación y la hipótesis planteada.

Referente a las variables sociodemográficas se encontró de manera global que la participación fue de 51.3% hombres y 48.7% mujeres. Individualizado por localidad se concentran la mayor participación de género masculino en la Unidad Médica y Módulo de atención primer nivel de Morelia. Lo que es diferente a la investigación de Sepúlveda (2010), que dice que 11.25% eran masculinos. Siendo mayor la participación en género femenino 88.75%.

La mayor proporción de los participantes se centraron en el rango de 60 64 años en las tres poblaciones. Respecto a la Unidad Médica 30%, en el Módulo de atención primer nivel de Morelia fueron 40% y en el Centro de salud zona rural 38%. Lo cual es acorde a los reportes de población de INEGI (2015) en México en los últimos años se ha incrementado la población de adultos y adultos mayores los factores del envejecimiento de la población son que “la pirámide poblacional sigue la tendencia de reducir su base, mientras que continúa el crecimiento tanto en el centro como en la parte alta, esto provoca el mayor porcentaje de adultos mayores que se encuentra en la edad de 60-64. INEGI (2015).

Referente a la religión, la católica es la de mayor auge con el 87.3% lo que coincide con la investigación de Villavicencio (2011) en su estudio Concepto de autoestima y su percepción en el municipio de Bello, Colombia donde se encontró que el 100% de sus participantes fueron católicos.

Valorando la variable de ocupación 34% pertenecientes al Centro de salud zona rural aún continúan activos en el ámbito laboral. Mientras que la Unidad Médica 28% y el Módulo de atención primer nivel de Morelia 38%.

Lo concerniente a la variable sociodemográfica edad y ocupación. Se observó que los adultos mayores del Centro de salud zona rural a partir del rango de edad 80 en adelante no tienen ocupación mientras que en el área de Morelia, referido a la Unidad Médica 3 participantes (2.0%) aun continua activo en el área laboral así como en el Módulo de atención primer nivel de Morelia.

La autoestima se valoró con el instrumento ROSEMBER con escala de Likert baja, media y alta. En los resultados obtenidos se registró que 76% de los participantes reportaron autoestima alta.

Al realizar la correlación con las variables sociodemográficas se evidencio que el 31.3% casados registraron alta autoestima, y de ese mismo estado civil el 15.4% casados denotaron autoestima baja.

La religión católica es la que más profesan los participantes de manera global. La correlación de esta con la autoestima tiene variantes. En un extremo se observó que 67.33% tuvieron alta autoestima. 16.66% autoestima baja. Siendo el 2.66 participantes Testigos de Jehová con autoestima baja.

Respecto a la distribución de los participantes y la autoestima. El Módulo de atención primer nivel de Morelia presentó 90% resultando autoestima alta. El 82% de la Unidad Médica y 56% del Centro de salud zona rural. Lo cual es un punto favorable puesto que la mayoría de los participantes registran autoestima alta.

Referente a la edad y autoestima los adultos que registraron alta autoestima se encontraron en el rango de 60 a 64 años en el Módulo de atención primer nivel de Morelia siendo 17 (34%). Unidad Médica en el rango de 70 a 74 fueron 10 (20%) con alta. Mientras que en el Centro de salud zona rural 10 participantes (20%), registraron baja autoestima, denotando mayor problema de aceptación y amor propio en la comunidad rural, además del factor de la edad.

Al hacer la correlación de autoestima, edad y estado civil se observó que 12 (24%) en el Módulo de atención primer nivel de Morelia fueron casados, en el rango de edad de 60 a 64 y autoestima alta. Seguido de la Unidad Médica con 11 (22%) en el mismo rango de edad y estado civil resultando alta autoestima. En el Centro de salud zona rural 10 participantes casados (20%) en similitud de rango de edad pero este grupo registro baja autoestima.

La percepción de soledad se evaluó con el instrumentó ESTE con opciones de respuesta en escala de Likert de alta, media alta, no saben, media baja, baja. De acuerdo a las respuestas expresadas se reportó que el 48.66% de los participantes presento percepción de soledad baja. 22% de la población participante su percepción de soledad fue alta.

En el reporte global de cada una de las poblaciones presentaron los siguientes porcentajes, relativo a la percepción de soledad en la Unidad Médica fue 58%, mientras que en el Módulo de atención primer nivel de Morelia fue de 56% y finalizando con el Centro de salud zona rural 32%. La percepción de soledad se presenta en mayor porcentaje en la población urbana, tal vez por la dinámica cotidiana donde el ámbito laboral absorbe más el tiempo de las personas y limita la socialización familiar y entre amigos, lo cual puede favorecer esta percepción de soledad.

Al hacer la correlación de la percepción de soledad con las variables sociodemográficas resulto en el Estado Civil de los participantes, que los casados su percepción de soledad es baja con un 33.33%, a diferencia de los solteros donde su percepción de soledad fue alta con un 10%, así mismo los viudos reportaron un

11.33% con una alta percepción de soledad. Lo cual coincide con los resultados de Cardona (2012) donde trabajo en favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva, al denotar que los participantes mencionaron el “estar solo” con el 42,7% y el “sentirse solo” con un 23%.

En la religión católica, la percepción de soledad es baja con el 46%. A diferencia del 18.68% que también profesan la religión católica pero su percepción de soledad es alta. Relacionado a la investigación de Villamil y colaboradores que (2011), “La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales” manifiestan bajo porcentaje en soledad 29%, referente a la religión católica, la fe en un Dios que tiene misericordia de todos.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

- Se comprobó la hipótesis al evidenciar que si existe relación de soledad y autoestima, (apéndice D) donde se muestra que a mayor autoestima es más baja la percepción de soledad, a diferencia de cuando presentan menor autoestima es mayor es la percepción de soledad.
- Se determinó que el nivel de autoestima de forma global resulto ser es alto.
- Se identificó la percepción de soledad en general es baja.
- Al realizar la correlación de variable estado civil y percepción de soledad de los participantes se observa que los viudos son los más afectados, seguido de los casados.
- Se evidencio que la religión más profesada es la católica en las tres poblaciones participantes.
- Relacionado a la variable de ocupación de manera global aun pertenecen a la comunidad laboral en todos los rangos de edad, teniendo en consideración que en el Centro de salud zona rural es la mayor población activa.
- Referente a las actividades recreativas no representa problema en cuanto al realizarlo o no, puesto que se observó que no afecta en la percepción de soledad ni autoestima de los participantes.
- Llama la atención que los adultos mayores del Centro de salud zona rural en el rango de edad 80 en adelante no tienen ocupación mientras que en el área de Morelia, referido a Unidad Médica aún continúan activo en el área laboral así como del Módulo de Salud 01 Morelia.
- Se mostró que en la correlación de la variable de estado civil que los casados registraron alta autoestima.

- Al hacer la correlación de la percepción de soledad con la variable estado Civil los participantes casados su percepción de soledad fue baja, a diferencia de los solteros y viudos donde su percepción de soledad fue alta.
- Se identificó que la percepción de soledad y género, en la Unidad Médica los hombres en rango de 60-64 años registraron percepción de soledad baja. Mientras que en el Módulo de Salud 01 Morelia las mujeres su percepción de soledad fue baja. En el rango de 85 años y más corresponden a los hombres y ellos registraron percepción de soledad alta. En el Centro de salud zona rural, mujeres de 60-64 años su percepción de soledad fue alta.

Llegar a esta etapa en la vida de una persona adulta mayor no debe significar abandonarse. Existen muchos proyectos sociales donde las personas pueden compartir actividades recreativas, conocer a nuevas personas, y llevar una mejor calidad de vida. Sería ideal que se valorara al adulto mayor en todas sus capacidades, donde puede existir un equilibrio en disminuir el ritmo de trabajo e integrarse a actividades de tipo recreativo-, así como seguir un régimen de ejercicio y alimentación de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, sin olvidar el seguimiento por parte del profesional de salud.

Es importante que les reconozca, acepte y se integren a la familia y sociedad, con respeto y dignidad, como individuos con intereses, inquietudes, pensamientos, sentimientos propios y una larga experiencia de vida.

CAPÍTULO X

SUGERENCIAS

- Que el profesional de enfermería promueva el autocuidado en el adulto mayor de acuerdo a la Teoría de Dorothea Orem
- Seguir propiciando que enfermería dirija grupos de autoayuda, actividades recreativas involucrando a la familia del adulto mayor.
- Trabajar como equipo inter y multidisciplinario de salud para brindar una atención integral al adulto mayor y su familia.
- Brindar el cuidado no solo físico sino psicológico, no dejando pasar las palabras de ánimo, apoyo en el proceso de la atención.
- Tener presente siempre uno de los roles importantes en la enfermería que es el apoyo social con relación al adulto mayor implica la interacción del apoyo emocional, y la promoción de conductas saludables, lo que repercute una mayor calidad de vida.

CAPÍTULO XI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso, P., Ríos. A., Payares S., Maldonado, A. y Campo L. Zapata. (2009) Scielo. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores. España.
2. American Diabetes Association. (2011). Diagnóstico y clasificación de Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. Volumen 34.
3. Andreu C. (2015) UIC Barcelona. Diseño mixto sobre la percepción de la soledad en la vejez. Barcelona.
4. Barros Barreto M., Sosa de Canatta B. (2011). EUREKA. Adaptación cultural de la escala este para medir soledad en adultos mayores. Paraguay.
5. Bazzano, L. Song, Y., Bubes, V., Good, C., K., Manson, J. E., & Liu, S. (2005). Dietary intake of whole and refined grain breakfast cereals and weight gain in men. *Obesity research*. Páginas 103.
6. Camino S., Bustamante E. (2009). Revista Peruana Enferm. Reaprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor. Perú.
7. Cardona Jiménez J., Villamil Gallego M., Henao Villa E., Quintero Echeverri Á. (2010). Revista en Investigación y Educación en Enfermería. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. Medellín Colombia.
8. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. Madrid.
9. Díaz R., Rodríguez-Carvajal R., Blanco A., Moreno-Jiménez B., Gallardo I., Valle C. y Dierendonck D. *Psicothema*. (2010). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. España. Fernández Alba R., Manrique-Abril F. (2010). Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Colombia.

10. Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Chavarriaga, L. Ordóñez, J. Osorio, J. Et al. (2011) Calidad de vida en los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. Vol. 31: 492- 502.
11. Fdo. Montserrat Lastra Juan (2009). Favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva. Europa.
12. García Morales de Díaz S. (2009). Universidad de san Carlos de Guatemala. La Exclusión Social del Adulto Mayor en los Servicios de Salud. Guatemala.
13. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. (2011). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Atención Primaria*. Vol 27(7). Pág: 484-488.
14. Gafas González C. (2009). Rev. Habana ciencia médica La Habana. reflexiones para la búsqueda de una longevidad satisfactoria desde la perspectiva de enfermería en la atención primaria de salud. La Habana.
15. Gonzales, A. y Rangel P. (2005) MEDISAN. Calidad de vida en el adulto mayor. Colombia.
16. González Aragón J. (2008) Teoría social del envejecimiento. *Gerusia*. Año 1. Vol.1 Octubre- diciembre.
17. Hernández Cabrera G., González García V., Fernández Machín L., e Infante O. (2010). Rev. Cubana Med. Gen Integral. Actitud ante la muerte. Cuba.
18. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). McGraw-Hill. Sexta Edición. Metodología de la Investigación.
19. Hernao, J; (2003) Adultos Mayores. *Envejecimiento y vejez* .Páginas 1723.
20. Huenchuán, S. (2013). “*Envejecimiento, solidaridad y protección social en América latina y el Caribe. La hora de Avanzar hacia la igualdad*” Publicación de Naciones Unidas, Santiago de Chile. Pág.: 13 y 14
21. Iglesias J., López Doblas J., Díaz Conde P., Alemán Bracho C., Trinidad Requena A. y Castón Boyer P. (2009). Observatorio de personas mayores. Madrid.
22. Iglesias J. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena. Página 164.

23. IMSS. (2014). Guía práctica clínica. diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. México.
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social Base de datos. México.
25. Lladó M. (2015). Soledad en la vejez. El adulto mayor y su entorno social como agentes de cambio. Montevideo, Uruguay.
26. Medina, E. Rascón, L. Tapia, R. Mariño, M. Juárez, V. Villatoro, J et al. (2006). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Ins Mex Psiquiatr*. Vol 3. Pág.: 48-55
27. Melguizo-Herrera, E., Ayala-Medrano, S., Grau-Coneo, M., Merchán-Duitama, A., Montes-Hernández, T., Payares-Martínez, C., & Reyes-Villadiego, T. (2003).
28. Méndez y Alfonso (2000) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Páginas 16.
29. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. Consultada: 29 de Mayo de 2016.
30. Ordernes M. (2001) El acompañamiento Espiritual Del Adulto Mayor. *Comisión nacional para la pastoral de la salud*. Página 8.
31. Organización de las Naciones Unidas. (2013). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas Mundiales Demográficas: Revisión 2012*.
32. Padrol, A. Francesch, A. Pérez, M. Castel, A. Rull, M. (2011). Prevalencia del dolor hospitalario en pacientes geriátricos (resumen). XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Barcelona.
33. Petersen, C. y Álvarez, M. (2007) Espiritualidad en la tercera edad. *Piscodebate*. Volumen 1. Páginas 127. Rivera A.; López L. y Montero M. (2005), Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores Mexicanos. Volumen 6 página 8.
34. Petersen, C. y Álvarez, M. (2007). *Piscodebate*. Espiritualidad en la tercera edad. Paraguay.

35. Reinalda de la C., Rosales Rodríguez I., Caridad García R. y Quiñones Macías P. (2014). MEDISAN. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. Cuba.
36. Ríos P. C., Londoño Arredondo N. H. (2011). AGO.USB. Percepción de soledad en la mujer. Medellin Colombia.
37. Ríos P. C., Londoño Arredondo N. H. (2011). AGO.USB. Percepción de soledad en la mujer. Medellin Colombia.
38. Rivera, A., y Montero, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*. Chile.
39. Rivera A.; López L. y Montero M., Parraguez, P. y Anigstein, C. (2011). Calidad de vida en personas mayores. Chile. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el Envejecimiento y ciclo de vida.
40. Rivera, A., y Montero, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*. Volumen 30. Páginas 40.
41. Rodríguez Martín M. (2009). Enfermera del HGTP. La soledad en el anciano. Sao Paulo.
42. Rodríguez, D. (2011) Niveles de Bienestar Espiritual en Personas Adultas con Cáncer en un Hospital Público. *Indemex*. Volumen 20. Páginas 12.
43. Sepúlveda C., Rivas E., Bustos L. e Illesca M. (2010). Ciencia y Enfermería XVI. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Chile.
44. Segura, G. y Rodríguez C. Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor. *Misal*. Páginas 236.
45. Villavicencio-Ramírez I., Rivero-Álvarez R. (2011). Escuela Académico Profesional de Gerontología. Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia. Lima Metropolitana.

CAPÍTULO XII

GLOSARIO

Adulto mayor: Una persona de 60 años o más, de acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. En los países desarrollados, se denomina así a alguien de 65 años o más.

Apoyo al cuidador: Conjunto de iniciativas dirigidas a aliviar la carga que genera en el cuidador informal la atención de un familiar o allegado dependiente.

Apoyo informal: Ayuda y cuidados prestados a las personas dependientes por parientes, amigos o vecinos. Estas redes sociales de apoyo suelen caracterizarse por ser muy cercanas al interesado, porque existe una relación de afecto y porque el cuidado se brinda mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Por extensión, el término se aplica también a otros agentes sociales, como pueden ser las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado.

Cuidador: Persona que brinda asistencia, independientemente del grado de formación que se tenga en la materia.

Cuidador informal: Persona próxima por razón de vecindad, amistad o vocación, que presta apoyo y atención a las necesidades de un individuo o grupo.

Deficiencia: Carencia de uno o más nutrientes, energéticos o no energéticos, que habitualmente tiene efectos adversos sobre la función de las células, de los tejidos o del organismo.

Demencia: Síndrome plurietiológico cuyo paradigma es la enfermedad de Alzheimer, consistente en la declinación —generalmente progresiva— de la memoria y al menos una de las restantes capacidades intelectuales y cognitivas. Este deterioro produce discapacidad y fracaso en el funcionamiento social del anciano.

Dependencia: Situación funcional o de necesidad de ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, alimentarse, asearse, movilizarse).

Discapacidad: Reducción parcial o total de la capacidad de realizar una actividad o función dentro de los límites que se consideran normales, como resultado de una deficiencia o enfermedad.

Discriminación por edad: Trato de inferioridad dado a una persona como consecuencia de su edad.

Envejecimiento: Proceso gradual que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones permanentes entre el sujeto y el medio. Proceso continuo e irreversible en la vida de los individuos que consiste en la declinación del control homeostático, una disminución de las reservas del organismo y de la capacidad de respuesta ante el estrés y los cambios, así como un aumento de la vulnerabilidad, y que desemboca en el fallecimiento.

Envejecimiento activo: Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social; de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, para que sigan haciendo aportes entre sus familias, amigos, comunidades y naciones.

Geriatría: Rama de la medicina que se ocupa de una manera global de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y la enfermedad de los ancianos.

Gerontología: Ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social.

Índice de envejecimiento: Relación entre las personas de 60 años y más respecto al total de la población. También denominado tasa de envejecimiento.

Investigación en salud: Estudio y análisis originales de temas de la medicina, sujetos al método científico, con el propósito de generar conocimientos sobre la salud o la enfermedad, para su aplicación en la atención médica.

Investigación aplicada a la salud: Aquella que se orienta a la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud específicos.

Investigación básica en salud: Aquella relativa al estudio de los mecanismos celulares, moleculares, genéticos, bioquímicos, inmunológicos y otros, con el propósito de ampliar el conocimiento de la ciencia médica.

Maltrato: Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencional o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física y psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, ya sea constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

Promoción de la salud: Proceso que siguen los individuos de una comunidad para controlar las enfermedades y mejorar su estado de salud.

Protección de la salud: Provisión de las condiciones físicas, mentales y sociales normales del ser humano y promoción de la salud y la medicina preventiva, rehabilitadora y curativa.

Salud: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar físico, mental y social completo y no solo la ausencia de la enfermedad.

Sistema Nacional de Salud: Está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los

mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Sobrecarga del cuidador: Estrés excesivo experimentado por el cuidador principal como resultado de las obligaciones o de los deberes que supone su rol. Puede manifestarse con síntomas físicos o psíquicos. Su identificación oportuna puede evitar depresión, maltrato e institucionalización del paciente.

Teorías del envejecimiento: Distintas explicaciones de las posibles causas del envejecimiento. Se agrupan en teorías de eventos aleatorios acumulativos (radicales libres, error y mutaciones somáticas y errores en la reparación genética) y teorías que hablan de una predeterminación (marcapasos y teorías genéticas).

CAPÍTULO XIII

APÉNDICES

13.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Soledad	Definición	Dimensiones	Indicador
Definición Conceptual	Operacional			(Ítems)
<p>La tendencia constante de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surgen la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una “falta de algo” que se necesita o aparece cuando el sujeto no encuentra con que complementarse.</p> <p>L. Sandrin 2014.</p>	<p>La soledad de las personas mayores:</p> <p>“Síndrome de la Soledad” estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida.</p> <p>L. Sandrin 2010</p>	<p>-Soledad familiar</p> <p>-Soledad conyugal</p> <p>-Soledad social</p> <p>-Soledad y adaptación</p>	<p>9,10, 11, 12, 13, 19, 20.</p> <p>3, 4, 5, 6, 7.</p> <p>15, 16, 17, 18.</p> <p>1, 2, 8, 14.</p>	

Variable Autoestima Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador (Ítems)
<p>Autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, la manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar. Es a partir de la infancia cuando se empieza a formar un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que se van adquiriendo.</p>	<p>La extensión en la cual uno se aprecia, valora, aprueba o se gusta a sí mismo. Blascovich y Tomaka (1991).</p>	<p>Personal</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.</p>

13.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDAGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetado (a) señor (a) _____

Por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una encuesta con único propósito de investigación de la Licenciatura de Enfermería, que tiene como objeto conocer autoestima y percepción de soledad en el adulto mayor que se encuentre en un rango de edad 60 y 90 años.

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

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

(Yo) Nombre del participante: _____ expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la prueba para conocer la percepción de la soledad relacionada a la autoestima en el adulto mayor, por la autora de la investigación.

En constancia firma

CC. _____

8.3 INSTRUMENTOS



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDAGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MORELIA MICHOACÁN**



“Percepción de soledad relacionado a la autoestima en adultos mayores”

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas.

1) SOCIODEMOGRAFICO

Edad	
Género	
Estado civil	
Religión	
Ocupación	
Peso	
Talla	
Actividades recreativas	
Perteneciente grupo de ayuda ¿Cuál?	

2) “ESTE” INSTRUMENTO SOLEDAD

Instrucciones En cada una de las oraciones, marque con un círculo la opción que mejor indique su acuerdo o desacuerdo con respecto a su experiencia personal.

ÍTEMS	Escala de Likert				
	Totalmente en desacuerdo 1	Parcialment e en desacuerdo 2	No tiene una opinión definida 3	Parcialmente de acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5
1-Alguien de mi familia se preocupa por mí.					
2-Siento que pertenezco a mi familia.					
3-Me encuentro a gusto con la gente.					
4-Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo.					
5-Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo.					
6-Estoy enamorado de alguien que me ama.					
7-Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito.					
8-Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.					
9-Me gusta la gente con la que salgo.					
10-Me siento satisfecho con los amigos que tengo.					
11-Me siento cercano a mi familia.					
12-Me siento solo cuando estoy con mi familia.					
13-Me siento aislado.					
14-Siento que no soy interesante.					
15-Siento que a medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí.					
16-Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes.					
17-Me siento solo.					
18-Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil.					
19-Siento que la vida no merece la pena de ser vivida.					
20-Tengo miedo de muchas cosas.					

3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

CA = Completamente de acuerdo	D = En desacuerdo
MA = Moderadamente de acuerdo	MD = Moderadamente en desacuerdo
A = De acuerdo	CD = Completamente en desacuerdo

ITEMS	ESCALA DE LIKERT					
	CA 1	MA 2	A 3	D 4	MD 5	CD 6
1- En general, estoy satisfecho conmigo mismo						
2- A veces pienso que no soy bueno en nada.						
3- Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.						
4- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.						
5- Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.						
6- A veces me siento realmente inútil.						
7- Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.						
8- Ojal á me respetara más a mí mismo.						
9- En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.						
10- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.						

13.3. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE BIOÉTICA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Historia de vida

Recuerdo el caso de una persona a la que se le murió su madre. Él era un hombre muy alejado de ella, su padre había muerto mucho tiempo atrás. Por una enemistad, por un desacuerdo no volvió a ver a su madre hasta el día que le hablaron para decirle que había fallecido.

La madre murió y él regresó a la casa con una gran angustia, con un nudo en la garganta. El testimonio de las personas que lo vieron entrar a la funeraria cuenta que el hombre golpeaba el féretro, gritaba y decía: “madre, háblame, quiero escucharte, por favor háblame”. Las personas que estaban ahí tal vez pensaron que había perdido la razón, pero la verdad es que se trataba de su consciencia.

Es la consciencia la que reclama y echa en cara las cosas cuando no se hacen bien, la voz que se escucha: “no la atendiste, no la cuidaste, no le correspondiste al amor que ella te dio una vez”.

¡Qué duras son esas situaciones en las que las personas se olvidan de los padres! Tal vez es porque no quieren sobrellevar una carga que puede ser pesada y difícil.

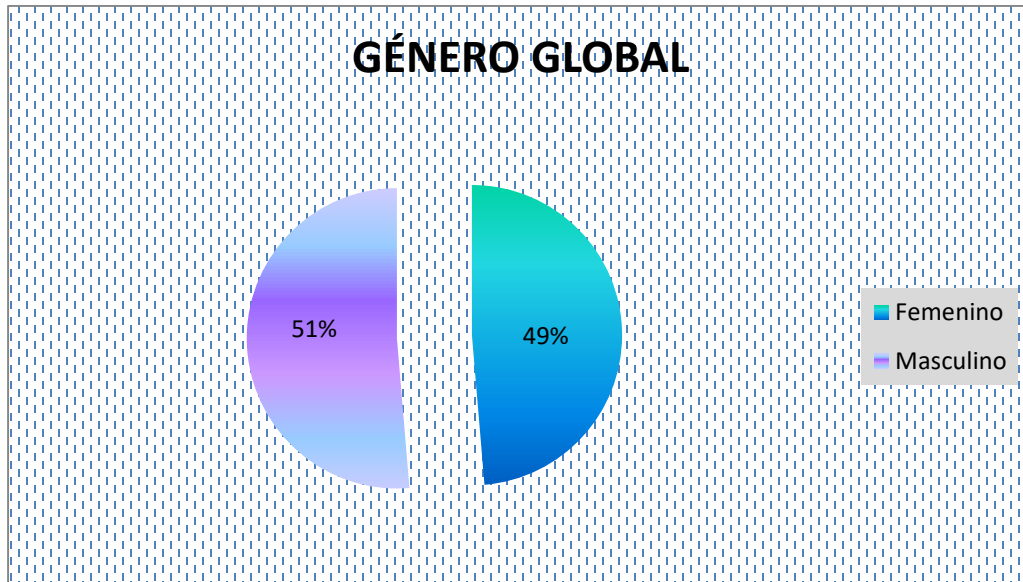
Esto demanda tiempo, esfuerzo, dedicación y muchas otras cosas, pero en resumidas cuentas lo que demanda es amor, es decir, solidaridad, lealtad, deidad, correspondencia, honrar a aquellos que nos dieron la vida, nos cuidaron y nos protegieron. Pero hoy parece que la falta de amor viene de los seres queridos, ahora los ancianos sufren situaciones difíciles a nivel sociedad y familiar. Tal parece que ese es el problema más grande, los familiares son a veces quienes más los abandonan y los dejan solos. Y de pronto, ellos empiezan a tener sentimientos de inutilidad, sienten que ya no sirven.

Tal vez en algún momento de su vida tuvo autoridad porque era una persona que servía, por ejemplo, una madre que estaba siempre sirviendo la mesa, lavando la ropa, teniendo la casa limpia para que los hijos tuvieran todo lo necesario y tuvieran una vida lo más digna posible. Esto le generaba cierta autoridad, un respeto porque la gente veía que era una mujer que servía.

La capacidad de trabajo, los hijos crecen y tienen una vida independiente. Entonces la persona tiene una sensación de falta de autoridad, ya sus consejos no son estimados, sus enseñanzas no son apreciadas, ya no se le toma en cuenta, sus experiencias y enseñanzas se convierten en un estorbo y no dejan de faltar expresiones como: “tú ya eres de la generación pasada, eres un anticuado, las cosas ya cambiaron, no son como tú dices.” Se pierde esa autoridad y credibilidad en muchos aspectos de la vida y eso les duele mucho a los padres y abuelos, el que sea hecho a un lado o menospreciados.

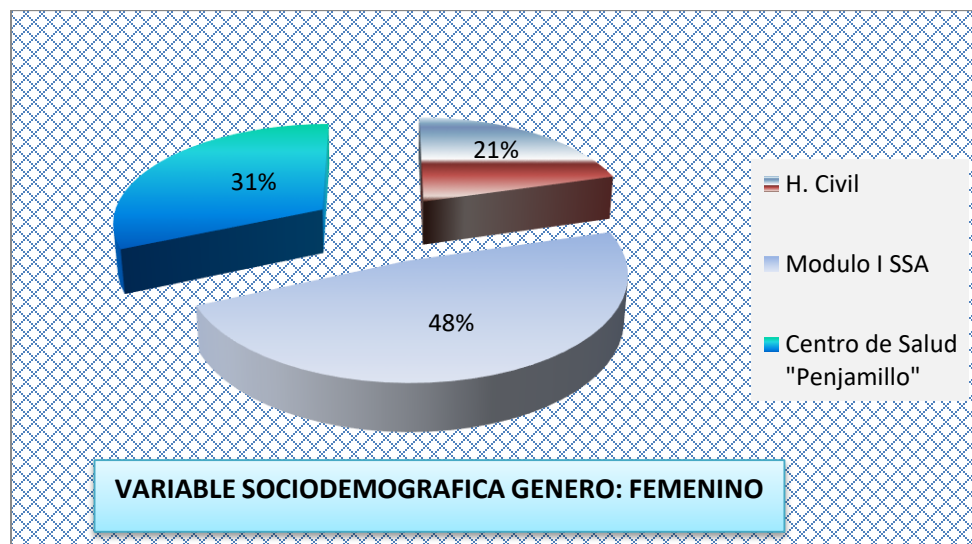
13.4. GRÁFICAS

GRÁFICA I. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA “GÉNERO”.



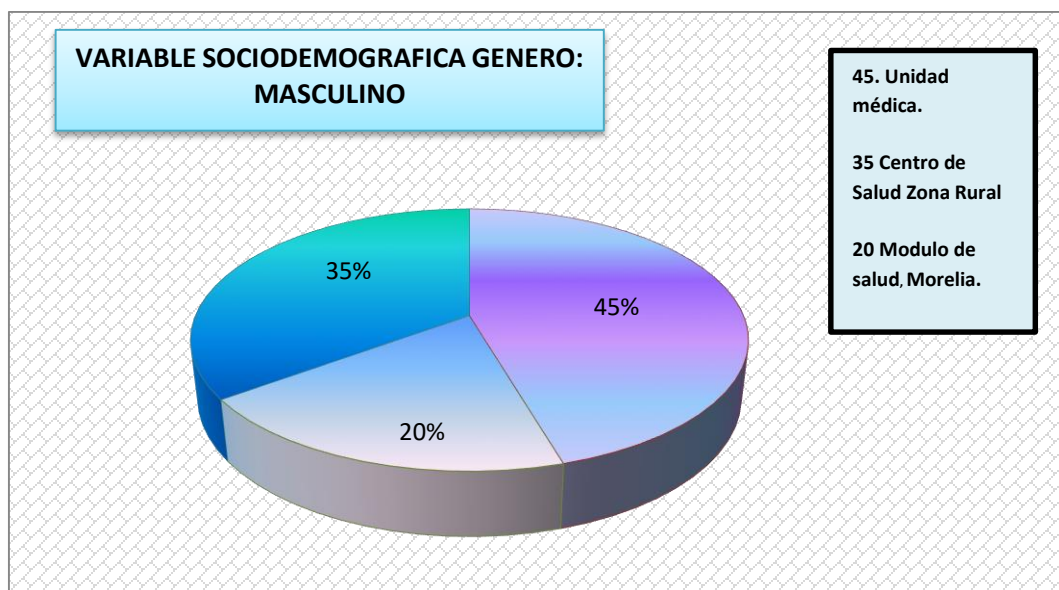
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA II. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA “GÉNERO” CLASIFICADO.



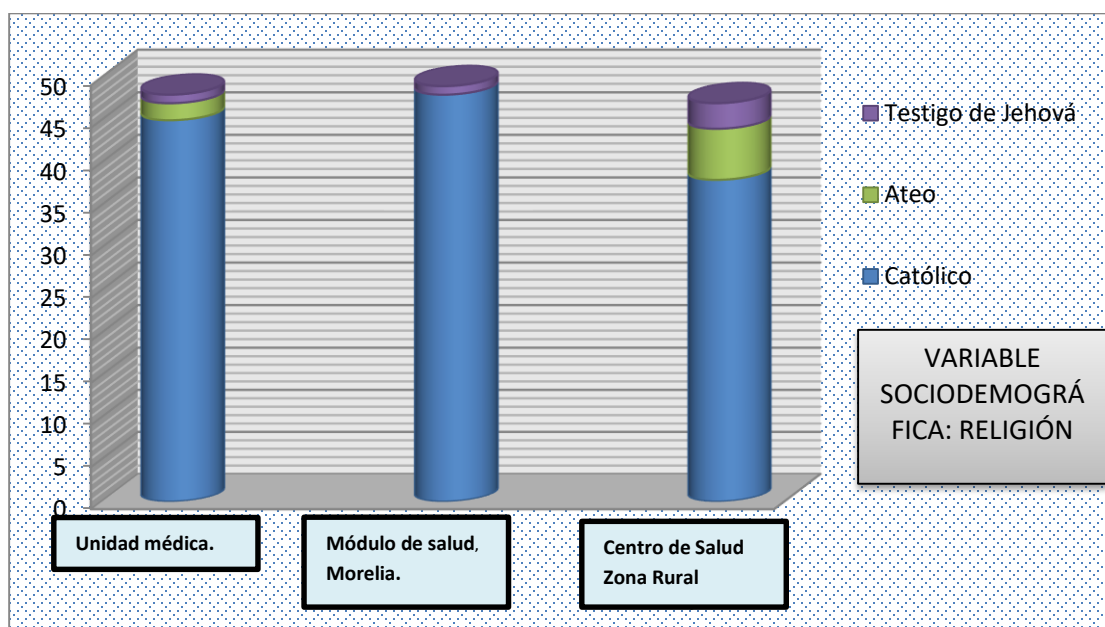
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA III. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA GÉNERO CLASIFICADO.



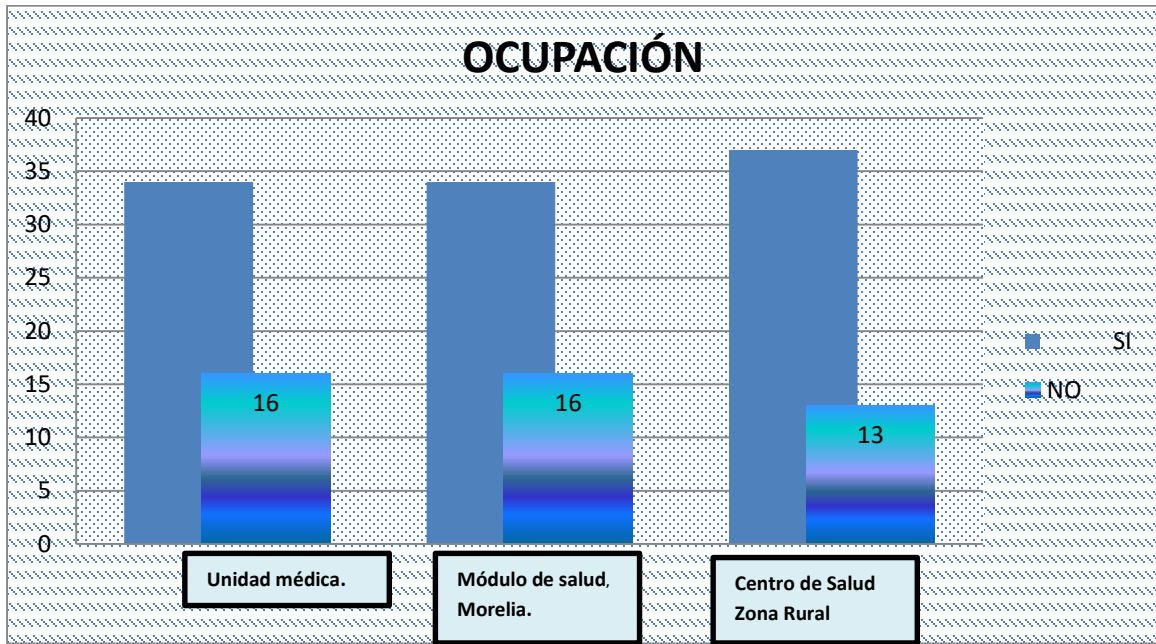
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA IV. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA RELIGIÓN.



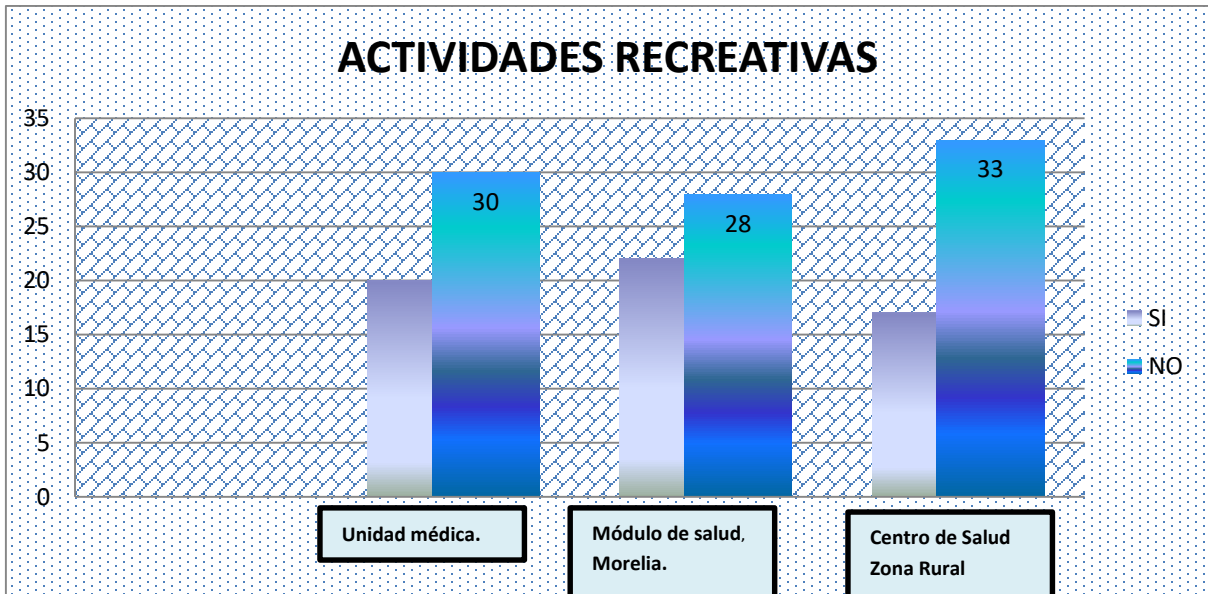
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA V. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA OCUPACIÓN.



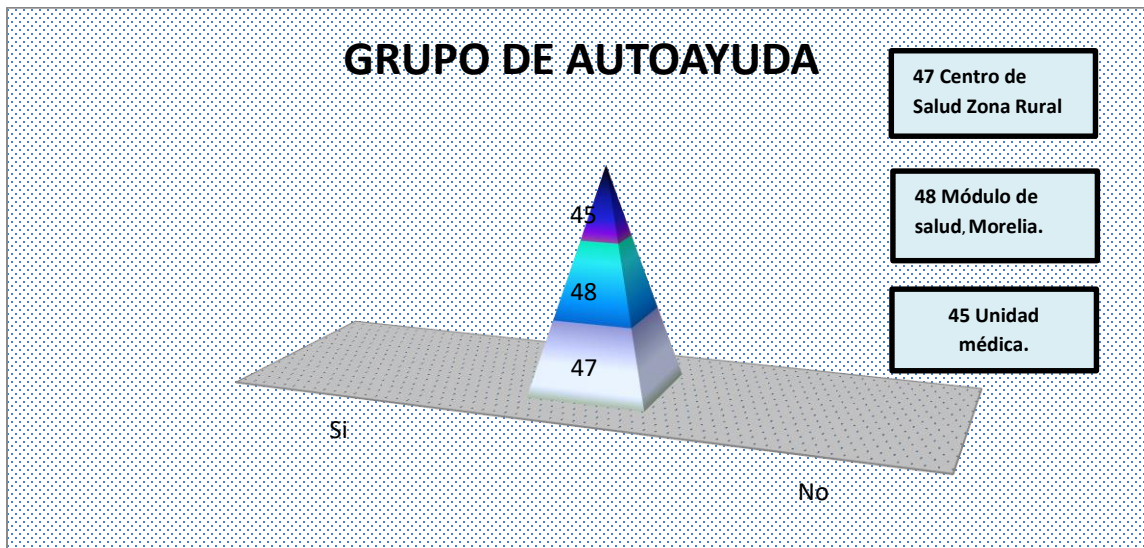
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA VI. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA ACTIVIDADES RECREATIVAS.



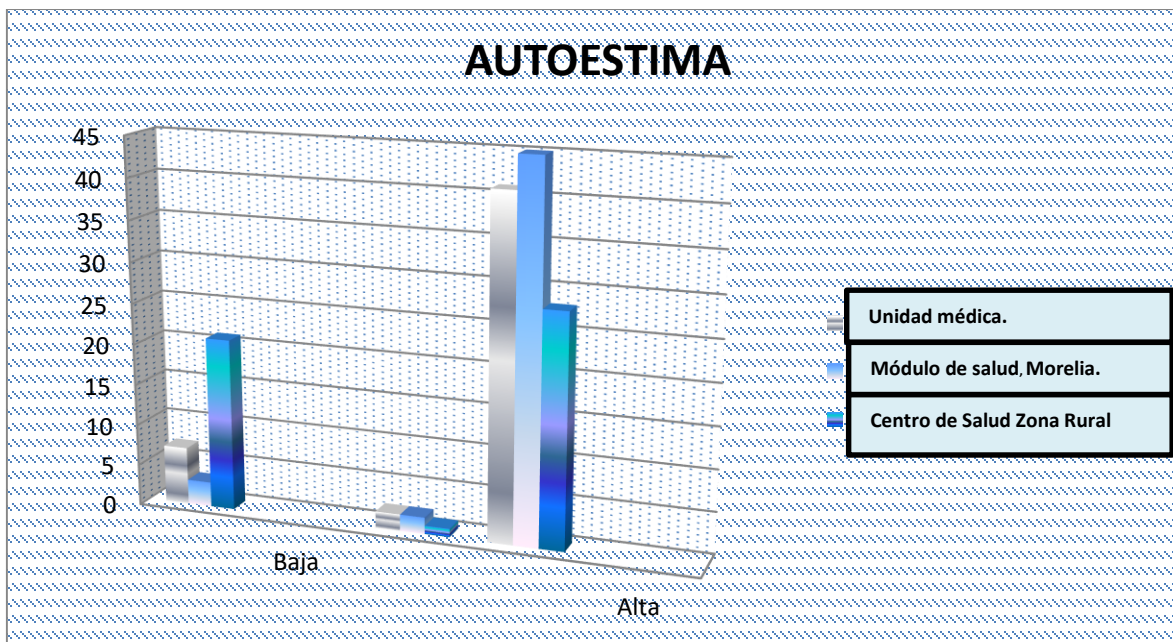
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA VII. VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA ACTIVIDADES RECREATIVAS.



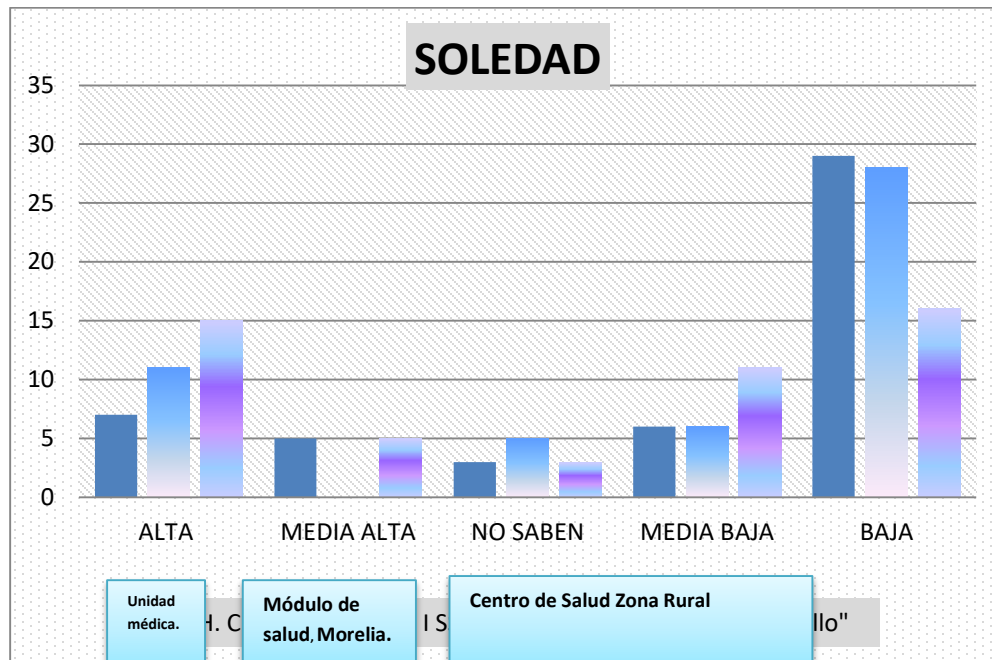
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA VIII. VARIABLE AUTOESTIMA.



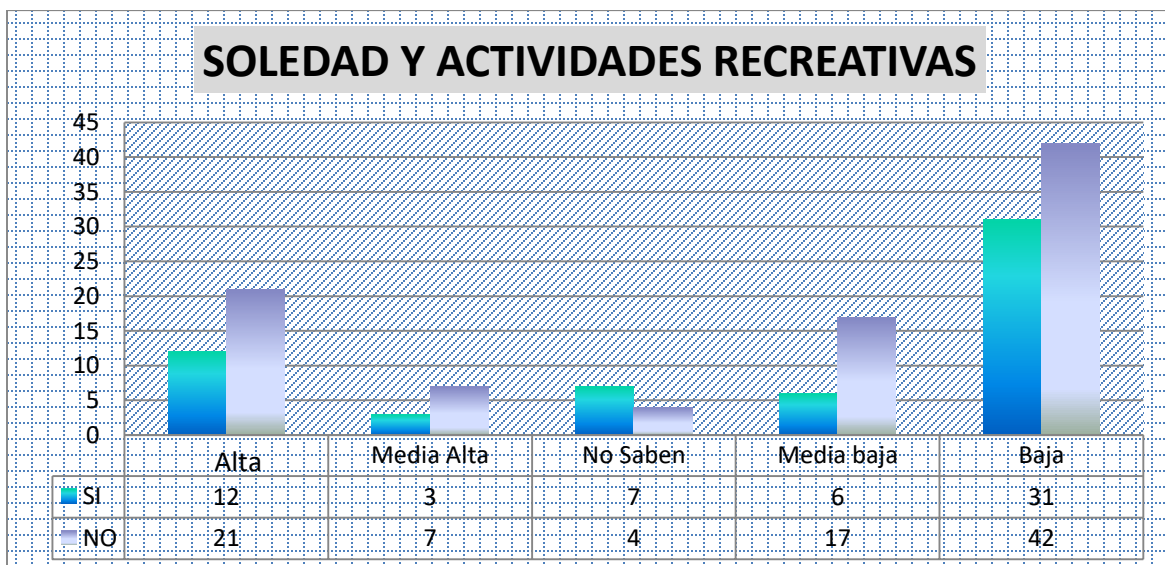
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA IX. VARIABLE SOLEDAD.



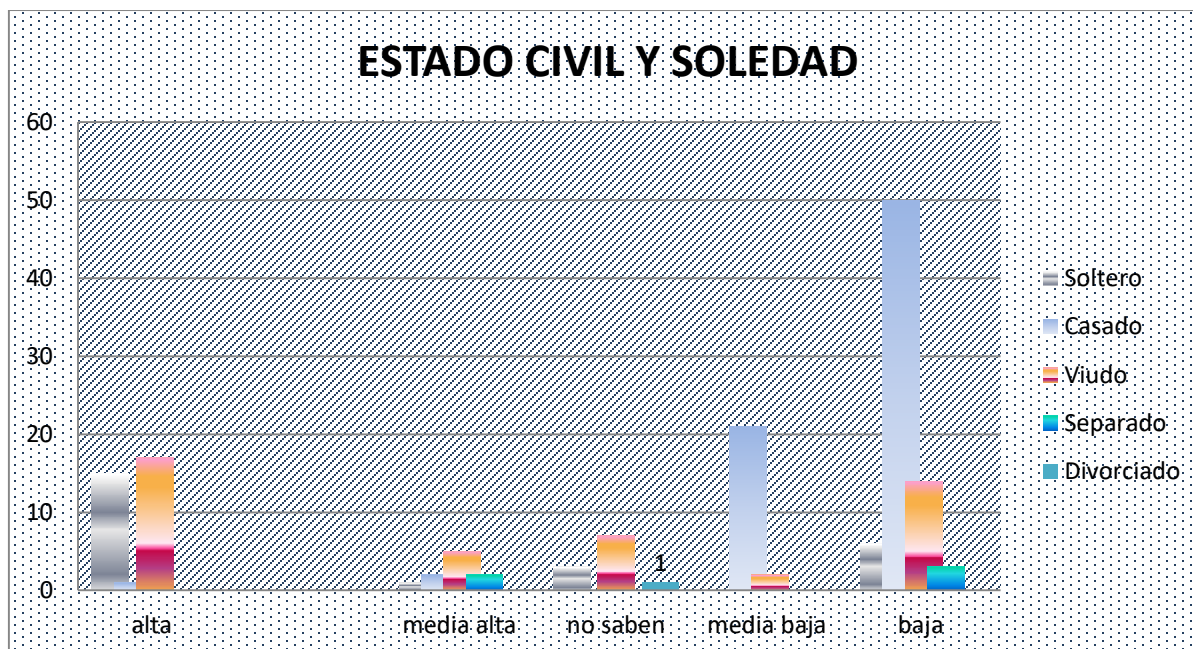
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA X. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: ACTIVIDADES RECREATIVAS Y VARIABLE SOLEDAD.



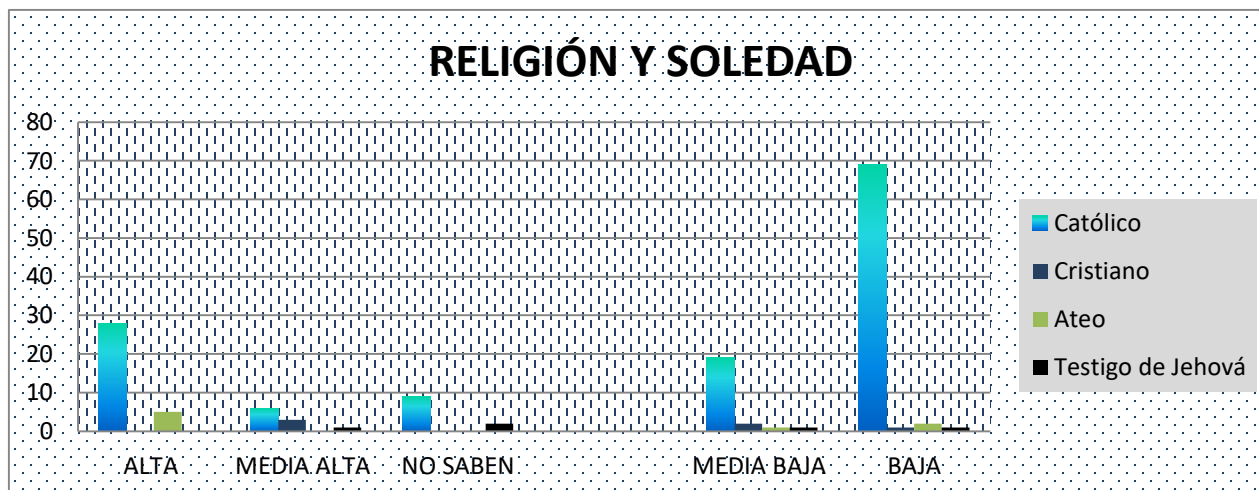
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XI. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: ESTADO CIVIL Y VARIABLE SOLEDAD.



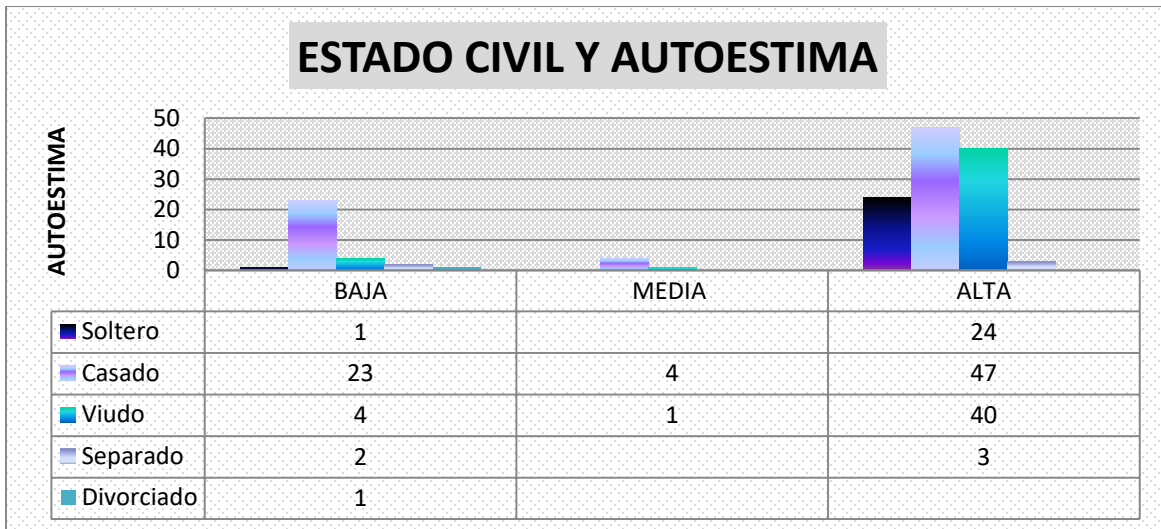
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XII. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: RELIGIÓN Y VARIABLE SOLEDAD.



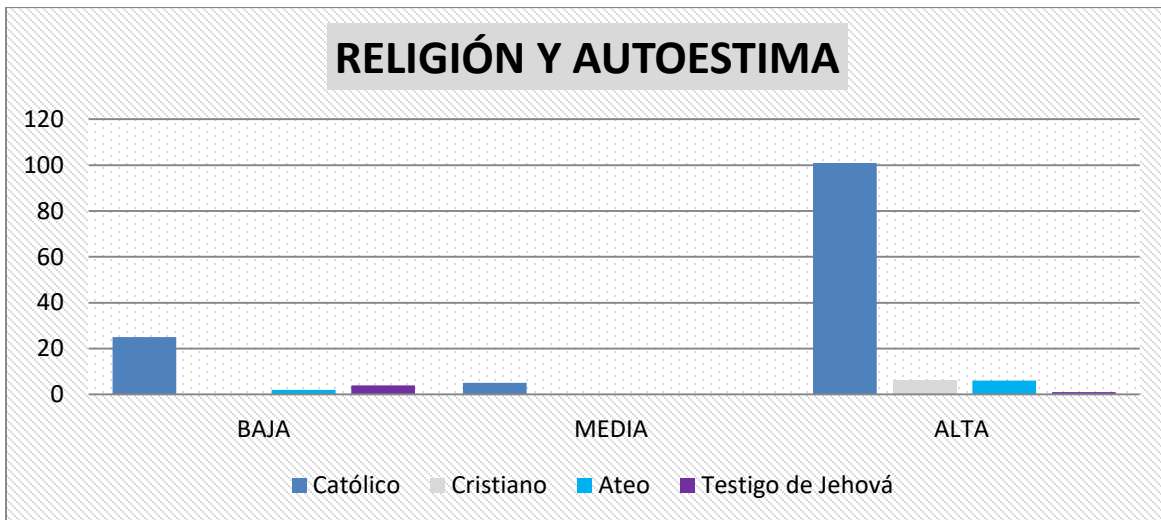
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XIII. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: ESTADO CIVIL Y VARIABLE AUTOESTIMA.



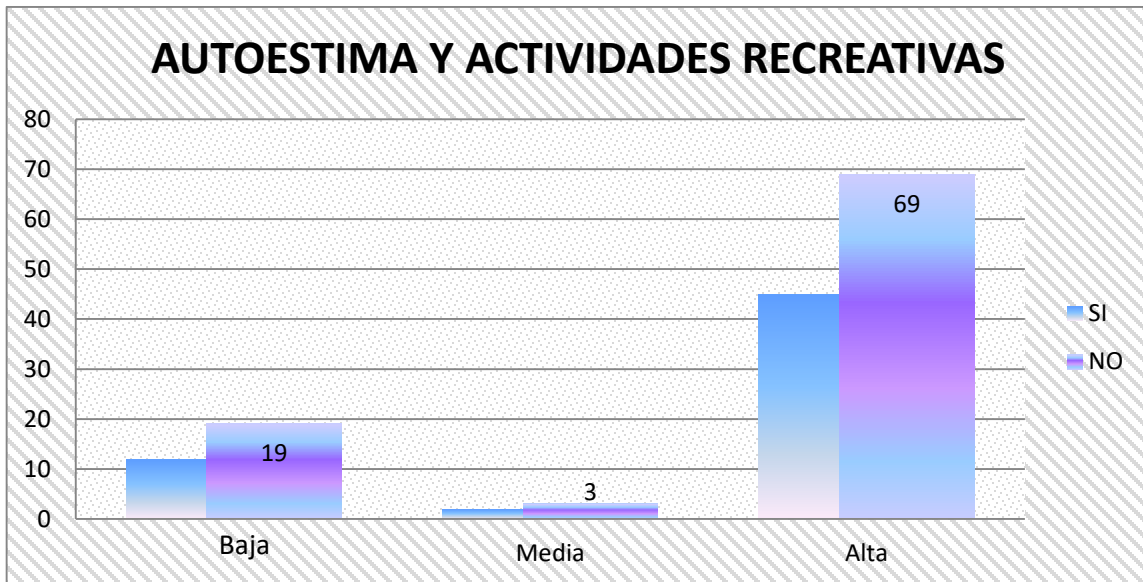
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XIV. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: RELIGIÓN Y VARIABLE AUTOESTIMA.



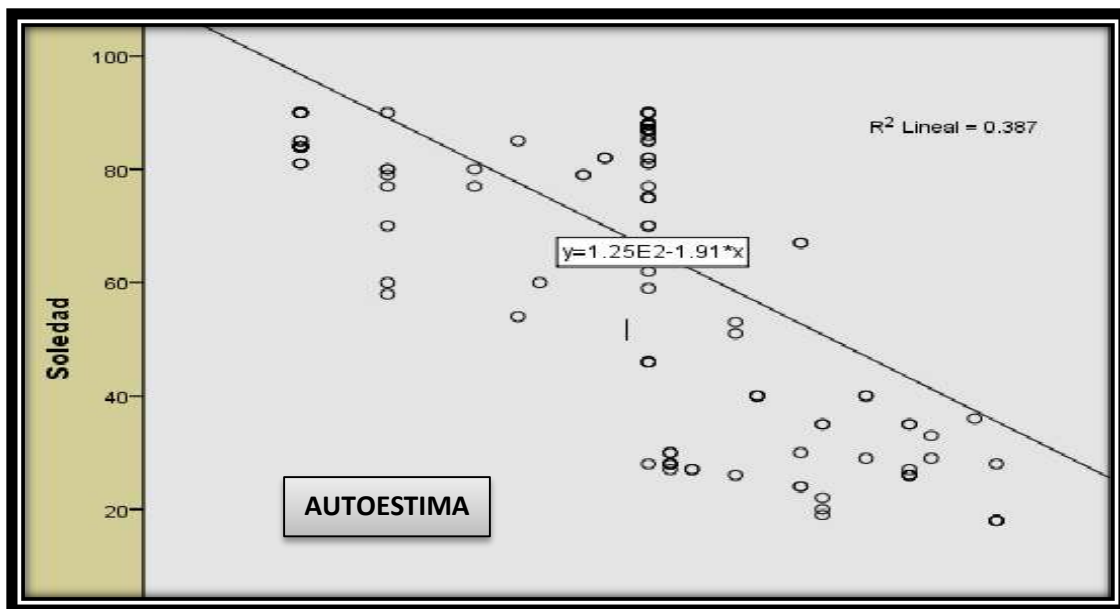
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XV. RELACIÓN DE VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA: ACTIVIDADES RECREATIVAS Y VARIABLE AUTOESTIMA.



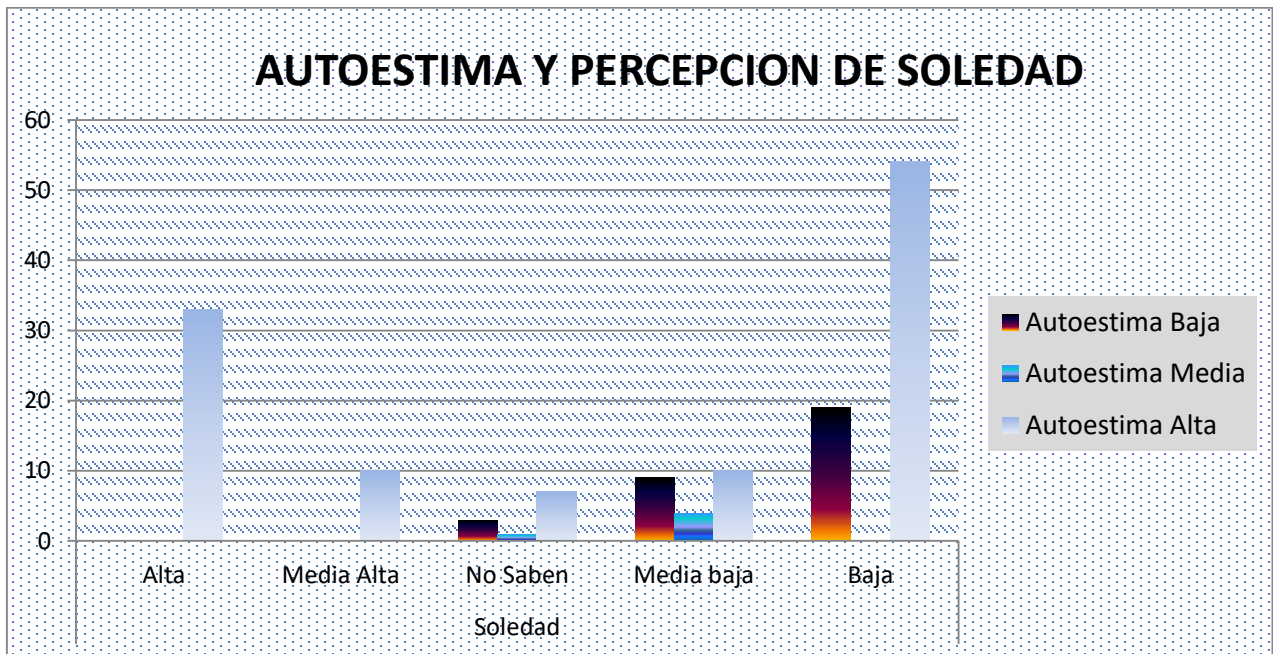
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XVI. RELACIÓN DE VARIABLE SOLEDAD Y AUTOESTIMA.



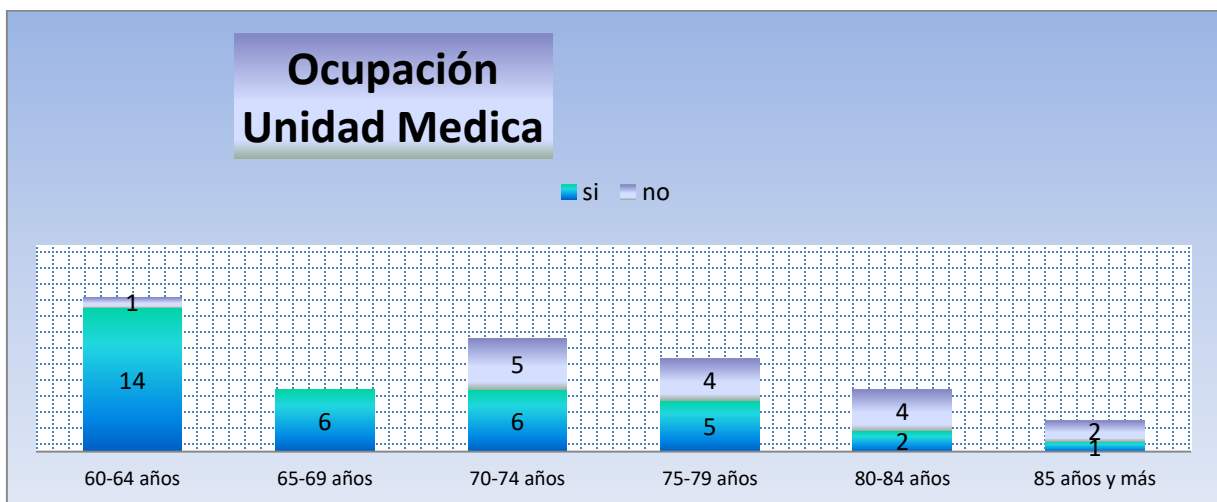
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XVII. RELACIÓN DE VARIABLE SOLEDAD Y AUTOESTIMA.



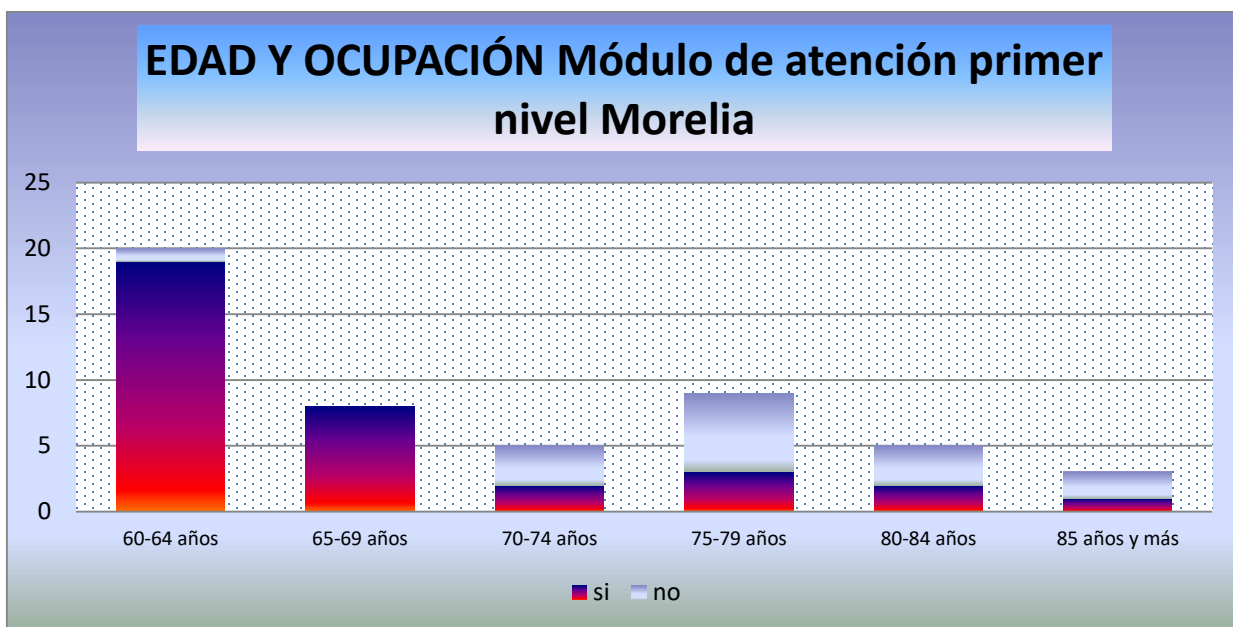
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XVIII. RELACIÓN DE VARIABLE EDAD Y OCUPACIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA.



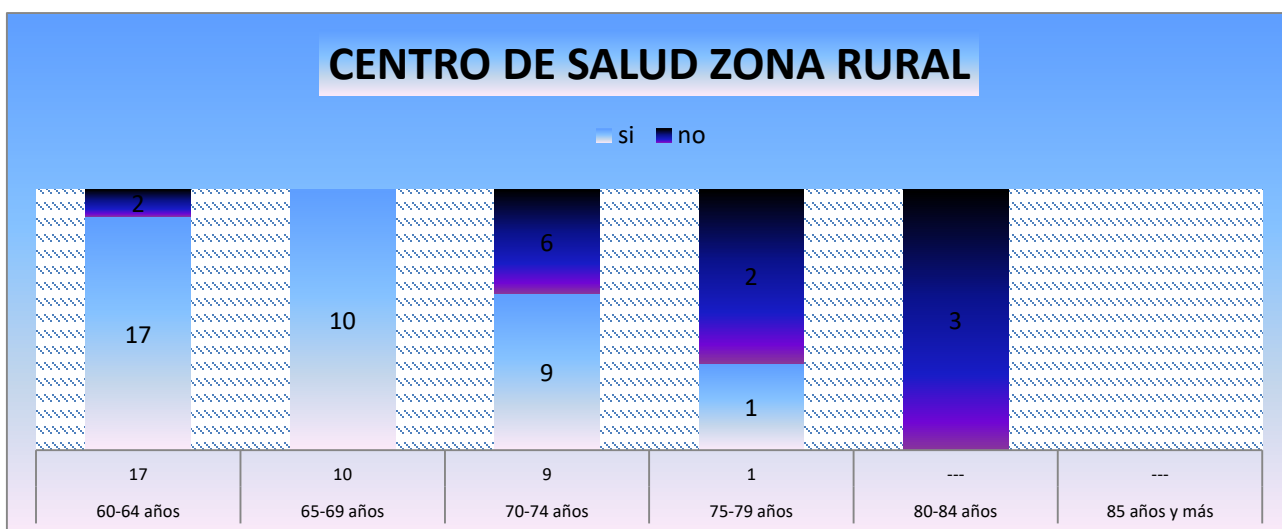
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XIV. RELACIÓN DE VARIABLE EDAD Y OCUPACIÓN MÓDULO DE ATENCIÓN PRIMER NIVEL MORELIA.



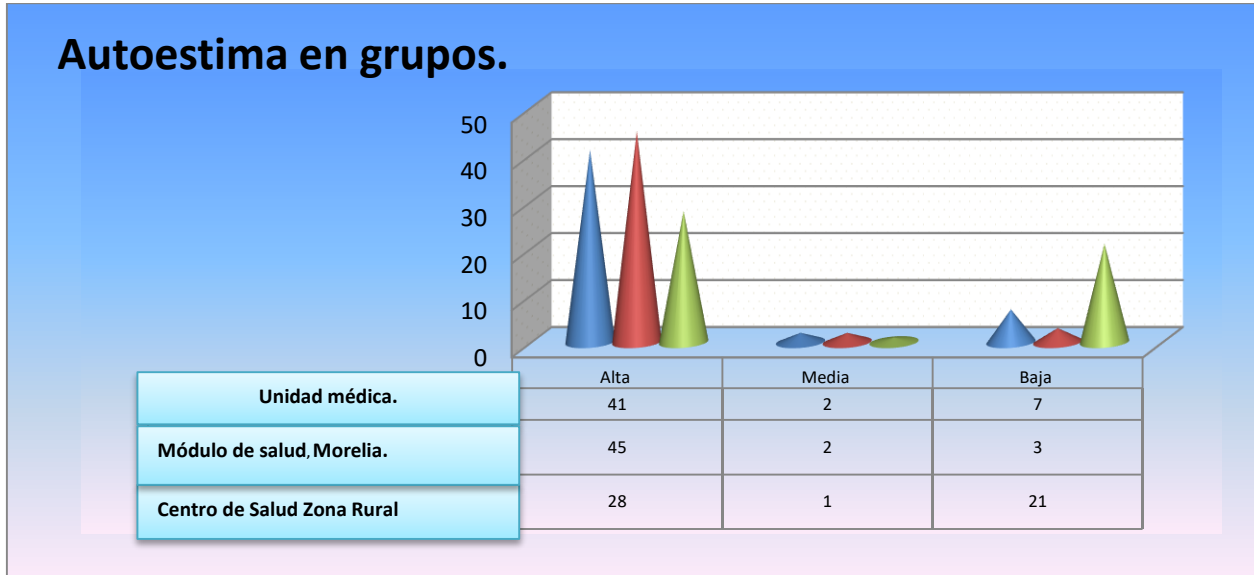
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XX. RELACIÓN DE VARIABLE EDAD Y OCUPACIÓN CENTRO DE SALUD ZONA RURAL



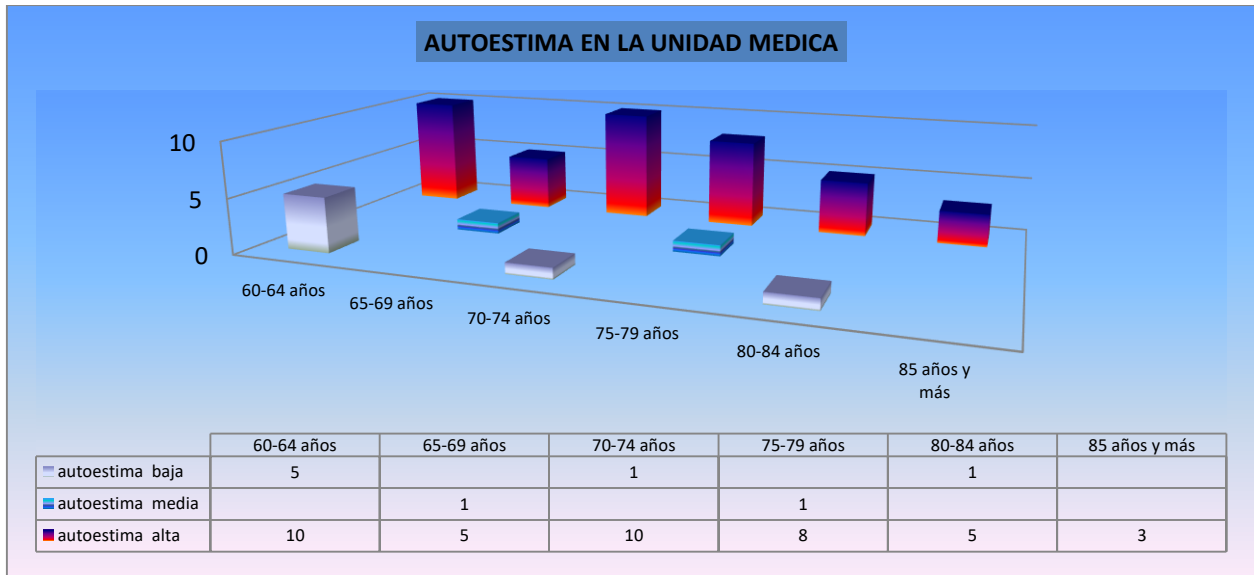
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en mayo-julio 2016.

GRÁFICA XXI. AUTOESTIMA EN GRUPOS PARTICIPANTES.



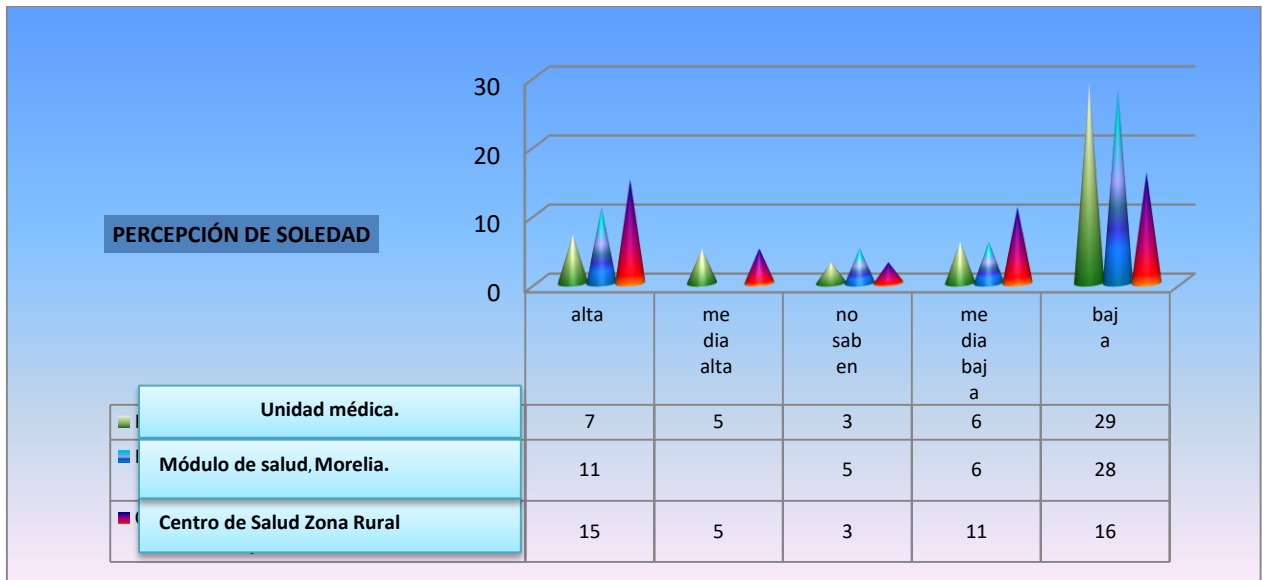
Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XXII. AUTOESTIMA Y EDAD EN LA UNIDAD MÉDICA



Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.

GRÁFICA XXIII. PERCEPCIÓN DE SOLEDAD EN GRUPOS.



Fuente: tablas representadas de los instrumentos aplicados a adultos mayores de la Unidad Hospitalaria, del Módulo de atención primer nivel de Morelia Michoacán y del Centro de salud zona rural en Mayo-Julio 2016.