

ARTÍCULO ORIGINAL

Acompañamiento y expresión de fe: cuidados fundamentales para la salud de adultas mayores autónomas

Accompanying and expression of faith: fundamental care for the health of autonomous elderly women

Autores:

Rojas Espinoza, Jessica Belen¹

ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-4444-0123>. Autora correspondencia e-mail. jessica700@hotmail.com

García Hernández, María de Lourdes¹

Cárdenas Becerril, Lucila¹

Benhumea Jaramillo, Liliana Inés¹

Arana Gómez, Beatriz¹

Silveira Kempfer, Silvana²

1 Departamento de prácticas clínicas y comunitarias de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

2 Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Brasil.

Puede citar este artículo como: Rojas Espinoza, J. B.; García Hernández, M. L.; Cárdenas Becerril, L.; Benhumea Jaramillo, L. I.; Arana Gómez, B.; Silveira Kempfer, S. Acompañamiento y expresión de fe: cuidados fundamentales para la salud de adultas mayores autónomas. RECIEN. 2019; 18. <https://doi.org/10.14198/recien.2019.18.02>



Este trabajo se publica bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Las mujeres mayores viven en situación de soledad, violencia, analfabetismo, pobreza y por consecuencia, su estado de salud se ve afectado.

Objetivo: Distinguir los cuidados que necesitan las mujeres mayores autónomas, para favorecer su salud.

Materiales y método: La investigación es mixta, se inicia con la valoración de las condiciones de salud de las mujeres mayores, mediante el empleo de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida y la Escala de recursos sociales (OARS); estas se aplicaron a una muestra de 177 mujeres, bajo criterio del investigador. Estos datos se analizaron a través del programa SPSS v22, obteniendo porcentajes y correlaciones. También se aplicó una entrevista semiestructurada a profundidad a 10 adultas mayores, utilizando la metodología fenomenológica; éstas se transcribieron, codificaron y agruparon en dimensiones considerando los contenidos centrales de cada unidad temática mediante el análisis de contenido.

Resultados: El 93% de las mujeres mayores son independientes en todas sus ABVD, el 40.3% y el 37.0% cuentan con excelentes y buenos recursos sociales respectivamente y el 85.6% no tienen depresión. En los argumentos de las entrevistas se encontró que para las mujeres mayores, la salud es sinónimo de actividad e independencia, y emplean la fe y el acompañamiento como estrategias de afrontamiento y para sentirse aceptadas, evitar la soledad y mejorar su autoestima.

Conclusiones: Las mujeres mayores requieren cuidados de enfermería que contemplen el acompañamiento y la expresión de su fe.

Palabras-clave: Cuidado de Enfermería; Curación por la Fe; Salud de la Mujer; Anciano; Estado de Salud.

SUMMARY

Older women live in situations of loneliness, violence, illiteracy, poverty and, consequently, their state of health is affected.

Objective: Distinguish the care needed by autonomous elderly women, to promote their health.

Materials and method: The research is mixed, it begins with the assessment of the health conditions of older women, using the Yesavage Geriatric Depression Scale, Katz Index of independence in life activities and the Scale of social resources (OARS); These were applied to a sample of 177 women, at the discretion of the researcher. An in-depth semi-structured interview was also applied to 10 older adults, using the phenomenological methodology; these were transcribed, codified and grouped in dimensions considering the central contents of each thematic unit. The data was also analyzed by obtaining percentages and content analysis.

Results: For older women, health is synonymous with activity and independence, they use faith and support as coping strategies and to feel accepted, avoid loneliness and improve their self-esteem.

Conclusions: Older women require nursing care that contemplates the accompaniment and expression of their faith.

Keywords: Nursing Care; Faith Healing; Women's Health; Aged; Health Status.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores a nivel mundial se ha incrementado y con ello se modifican las características y necesidades de la población, acrecentando la vulnerabilidad social,

económica y política de las personas mayores (1); sin embargo, dentro de esa vulnerabilidad aún existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, que colocan a las mujeres mayores en situación de soledad, violencia, analfabetismo, pobreza y por consecuencia,

mayor afectación a su estado de salud o bienestar (2).

Entre los problemas principales que afectan a las mujeres adultas mayores está la soledad. Para Rubio, et al., la soledad que padecen los individuos puede ser objetiva, si se refiere a la vivencia real de estar solo, o subjetiva, si se orienta al sentirse solo, lo que para los autores constituye la verdadera soledad. Por lo tanto, se percibe que el sentimiento de soledad es un estado que comúnmente aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la vida debido a las pérdidas que se experimentan y afectan la calidad de vida (3). Las personas más vulnerables a sentir la soledad son las de menores ingresos, bajo nivel educativo y mayores de 75 años (4).

De la misma forma, los cambios psicológicos asociados a la senectud también implican modificaciones importantes en la autoimagen. Una baja autoestima y falta de motivación se acompañan en la mayoría de los casos de una imagen corporal negativa y si a ello se le suma una disforia ante el hecho de sentirse más dependiente y requerir ayudas, supone, en muchos casos, una autoimagen más distorsionada y negativa (5).

Además, las pérdidas vividas por la mujer adulta mayor originan cambios en las necesidades de cuidado y en la visión de su proyecto de vida. Entre las principales pérdidas que experimentan se encuentran: la pérdida de la salud, de la interacción social, de seres queridos, de la imagen corporal e independencia, las cuales generan el desarrollo de estrategias de afrontamiento, aceptación, perdón o resignación (6).

Cabe mencionar, que cada cambio biológico conlleva alteraciones o modificaciones en la esfera psicosocial, y por lo tanto, el cuidado a la salud de las mujeres mayores no sólo tendría que enfocarse en el aspecto físico-biológico, sino en intervenciones que generen bienestar integral, para lo cual se deben considerar los sentimientos y pensamientos que tiene la mujer mayor con respecto a su situación de salud, las estrategias de afrontamiento de que hacen uso y las características de los cuidados, que con base en su experiencia, requieren, no desde el punto de vista meramente profesional, sino también, desde la autonomía y toma de decisiones sobre su cuidado.

En este sentido, es relevante considerar que las necesidades de cuidado que experimentan las mujeres mayores son

diferentes a las de los hombres (7), y es bajo este precepto que se decide iniciar un proyecto enfocado en el cuidado de la salud de mujeres mayores, en el que se dé prioridad a su experiencia y vivencia relacionadas con su salud y formas de cuidado de sí mismas.

Para fines de esta investigación se considera a la persona adulta mayor autónoma como “aquella que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, caracterizándose por ser sabia, experta y tolerante ante los acontecimientos de su vida, como consecuencia de la transición asociada al conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión y que además conserva sus capacidades cognitivas, su funcionalidad y toma de decisiones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria”.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es distinguir los cuidados que necesitan las mujeres mayores autónomas de un Centro de Día en Toluca, México, para favorecer su salud.

METODOLOGÍA

La investigación tiene un enfoque mixto, el cual está sustentado en los es-

tudios de John W. Creswell (8). Para la fase de diagnóstico se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de obtener una valoración completa de la situación de salud de las mujeres mayores y de los cuidados que bajo su perspectiva, requieren. El universo de estudio fueron 490 mujeres mayores que asisten al Centro de Día en Toluca, Estado de México; para determinar el tamaño de la muestra se llevó a cabo un muestreo probabilístico, aleatorio simple, considerándose un error de 5% y un nivel de confianza de 95%, dando como resultado una muestra representativa de 177 adultos mayores; además, se seleccionaron a 10 mujeres bajo criterio del investigador, con la finalidad de aplicar entrevistas semiestructuradas a profundidad. Las participantes del estudio se eligieron tomando los siguientes criterios de inclusión: adultas mayores de 60 años en adelante (considerando que el grupo más numeroso de mujeres mayores en el centro de día se encuentra entre los 65 y 69 años de edad), con alguna enfermedad crónica-degenerativa, que asisten a los programas que brinda el Centro de Día, que aceptaron participar en la investigación y que firmaron el consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron: adultas ma-

yores que se retiraron del proyecto de investigación y/o dejaron de asistir a los programas que brinda el Centro de Día.

Para contextualizar, es importante mencionar que el Centro de Día en Toluca, Estado de México, es una institución gubernamental que brinda a los adultos mayores de 60 años de edad en adelante, talleres y actividades de lunes a viernes, con un horario de 9 de la mañana a 2 de la tarde; algunas de las actividades son: danza regional, activación física, computación, dominó, zumba, baile de salón, yoga, tai-chi, cocina, manualidades, acondicionamiento físico y alfabetización. Además, se les otorga educación para la salud, consulta médica y psicológica; con base en estos aspectos, se considera que las mujeres mayores que asisten a esta institución son autónomas y no viven solas, generalmente conviven diariamente con su pareja, hijos o nietos.

El primer acercamiento con las participantes fue de persona a persona, mediante actividades de promoción de la salud y detección oportuna, éstas se implementaron por dos meses con el objetivo de interactuar con las adultas mayores y lograr la confianza para posteriormente invitarlas a participar en el estudio.

Los instrumentos que se aplicaron fueron tres escalas de valoración y una entrevista semiestructurada a profundidad.

Para la valoración con métodos cuantitativos, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica o Geriatric Depression Scale (GDS) de los autores Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T. (1982); la cual consta de un cuestionario de 15 ítems con respuestas dicotómicas, cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. En México este instrumento fue validado con una sensibilidad y especificidad de 80.7% y 68.7%, respectivamente, para el diagnóstico de depresión en adultos mayores, con un coeficiente de correlación intraclase de 0.933 (9).

También se utilizó el instrumento de valoración de recursos sociales, adaptado al español por la Organización Panamericana de la Salud, de su versión original *Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS)*, el cual consta de 10 ítems, que evalúan aspectos personales y demográficos, como el apoyo familiar, la funcionalidad y necesidades de apoyo, los recursos económicos y la

vivienda, con 6 indicadores que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “deterioro social total” (10).

Por último, se aplicó el índice de Katz, para la evaluación funcional, que valora el grado de vida independiente del individuo en su medio habitual y determina la capacidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Este instrumento está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos, con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98 (11).

Estas escalas se complementaron mediante el método cualitativo, con los comentarios y percepciones de las adultas mayores, obtenidos mediante una entrevista semiestructurada. La población que se consideró para la realización de las entrevistas cumplió, además de los criterios de inclusión antes mencionados, con características especiales: que asistieran a la casa de día con mayor frecuencia (diario), que fueran reconocidas (sobresalientes) dentro del grupo de adultos mayores y que al momento de realizar las escalas hayan expresado su autorización y animo de ser entrevistadas.

El procedimiento que se siguió para la obtención de datos, consistió en con-

tactar a la administradora del Centro de Día solicitando la autorización, posterior a ello se realizó un acercamiento con los participantes potenciales en forma individual y se les dio a conocer el propósito de la investigación, para que posteriormente los que estuvieran interesados y decidieran participar en el estudio se registraran, se les indicó que los datos proporcionados en esta investigación serían utilizados de forma estrictamente confidencial y que no estarían disponibles para ningún otro propósito, que la participación en este estudio era absolutamente voluntaria y se les entregó una copia del consentimiento informado, mismo que firmaron antes de la aplicación de la encuesta y la entrevista.

Cabe mencionar que dentro del Centro de Día se aplicaron las escalas, el investigador leía en voz alta, a cada uno de los participantes, las preguntas que conforman los instrumentos y anotaba las respuestas, la aplicación de cada instrumento fue con una duración aproximada de 25 minutos. Una vez obtenidos estos datos, se analizaron a través del programa S.P.S.S. versión 22, para obtener frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de correlación. Posteriormente se realizaron cuadros

y el análisis e interpretación de datos, para finalizar con las conclusiones y sugerencias.

Para la aplicación de las entrevistas, se tomó como base el proceso de saturación de datos, concluyendo con un total de 10 entrevistas aplicadas a adultas mayores en una única ocasión, dentro de un consultorio en el Centro de Día. Estas entrevistas fueron audio-grabadas para su transcripción posterior y tuvieron una duración aproximada de 40 minutos; además, se tomaron notas durante la realización de éstas, mismas que

coadyuvaron en el proceso de análisis e interpretación de datos.

RESULTADOS

Primeramente se presenta la descripción de la muestra que participó en el estudio cuantitativo, en donde se observa que el grueso de las mujeres mayores se encuentra entre los 65 a los 74 años de edad, siendo la mayoría viudas, con estudios de primaria, que se dedican al hogar y que dentro de la familia siguen ocupando el rol de mamá; esto se representa a través de la siguiente tabla:

Tabla N°. 1 Caracterización de la población de estudio

Variable	Indicador	%
Edad	De 65 a 69 años	49
	De 70 a 74 años	32
	De 75 a 79 años	8
	De 80 a 84 años	7
	De 85 y más	4
Estado civil	Viudas	46
	Casadas	36
	Solteras	12
	Separadas	6
Escolaridad	Primaria	52
	Sin estudios	16
	Con otros estudios (secundaria, preparatoria, técnicos, licenciatura)	32
Ocupación	Hogar	86
	Jubilada	14

Variable	Indicador	%
Religión	Católica	100
Rol que ocupa en la familia	Mamá	44
	Esposa	26
	Abuela	19
	Bisabuela	6
	Otro	5
Persona encargada de su cuidado	Hijos	55
	Cónyuge	28
	Otros	17
Con alguna patología	De 65 a 69 años	48
	De 70 a 74 años	31
	De 75 a 79 años	9
	De 80 a 84 años	8
	De 85 y más	4

Fuente: Instrumentos aplicados en la Casa de Día, Toluca.

Salud en las mujeres mayores, sinónimo de actividad y autonomía

Las mujeres adultas mayores del Centro de Día seleccionadas para el presente estudio, tienen alguna enfermedad crónica degenerativa, destacando, diabetes mellitus e hipertensión arterial; no obstante, era necesario comenzar indagando sobre la percepción de su salud y sobre actividades o hábitos que consideran saludables en su vida, sin enjuiciar antes de conocerlas.

Si bien, existe una tendencia de ver negativamente a la vejez como consecuencia de la pérdida de capacidades físicas y a veces de capacidades psíquicas, los resultados de algunas investigaciones no son unánimes en sus conclusiones; unas consideran que la autoimagen sufre realmente una desvalorización, otras plantean que ocurre lo contrario y otras, que no se produce variación en la misma (12), es así que, para conocer la funcionalidad de las adultas mayores, se aplicó el índice de Katz, del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N°. 2 Índice de Katz

Índice de Katz					
	A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.	B. Independiente: todas estas funciones excepto una.	C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.	D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.	Otros
% Mujeres	93.0%	7.0%	0%	0%	0%

Fuente: Instrumentos aplicados en la Casa de Día, Toluca.

Con la finalidad de profundizar en estos datos, las adultas mayores fueron entrevistadas bajo la apreciación de su salud, haciendo referencia a su enfermedad y sintomatología, tanto física como emocional, hallando que independientemente de lo que eso involucra, se sienten sanas y bien, dando mayor importancia, en lo que a salud significa, a la movilidad, a la realización de actividades de su vida diaria y a su independencia. Esto se relaciona con estudios previos que señalan que el autoconcepto físico distingue: competencia física, apariencia física, forma física y salud; Novo y Silva (2003) refieren que el autoconcepto físico disminuye desde los jóvenes adultos hasta los sujetos mayores de 64 años que son los que menor puntuación obtienen (13), no obstante, Herzog, *et.al* (1998) aseguran que el autoconcepto desempeña un papel im-

portante en el bienestar subjetivo, a lo largo de todos los ciclos de vida, es así que el autoconcepto positivo se relaciona con la disposición del adulto mayor a realizar actividades físicas, que a su vez favorece la independencia funcional; la falta de motivación acerca del objetivo en la vida ha sido indicado como un factor de riesgo que favorece el deterioro cognitivo en el adulto mayor (14).

Para evidenciar lo que se comenta, a continuación se enuncian algunos comentarios compartidos por las adultas mayores:

[...] mientras esté bien, no me duela nada y pueda caminar bien, qué otra cosa puedo pedir (AM1).

[...] Pues me considero sana, independientemente de la hipertensión que tengo... hago mis cosas bien, me valgo por mí misma (AM6).

Sin embargo, las mujeres mayores, al presentar dolor o problemas para realizar sus actividades, manifiestan sentirse realmente enfermas, mal de salud, por ejemplo, dos participantes indicaron:

[...] Físicamente me siento mal, porque con lo que tengo de la cadera, no he quedado de la rodilla...y los dolores son fuertísimos, entonces me han tenido que aumentar la dosis del medicamento para estar más tranquila y poder...hacer cosas (AM3).

[...] Me he sentido mal de los 68 para acá, me siento cansada, con agotamiento, me empecé a comprar vitaminas...empecé a pensar en mí, fui a hacerme el estudio del brazo y luego...el de la cadera y ahí fue cuando empecé a descubrir mis enfermedades [...] (AM8).

Dentro de la literatura revisada se encontró que las personas que mantienen unos niveles razonables de actividad, especialmente en la edad adulta y vejez, tienen menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas o muerte prematura, afirmando que la actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad por medio de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales (15). Esto se relaciona con los datos obtenidos en las entrevistas, en los que se identificaron una serie de ac-

tividades de salud que la población encuestada pone en práctica para sentirse bien, a pesar de sus enfermedades, destacando el baile, el ejercicio aeróbico, la caminata, hacer quehaceres; es decir, nuevamente se relaciona la salud con la actividad e independencia. Como prueba de ello, las siguientes expresiones:

[...] salir, caminar despacio, subir al camión, atravesar la calle y todo lo que me haga sentir segura, mientras pueda, voy a seguir saliendo (AM1).

[...] me fascina el baile...para relajar mis nervios, no tomo medicina, ni ando inventando enfermedades que no tengo, yo tengo muchas plantas, cuando tengo melancolía o tristeza, salgo a regarlas, a quitarles las hojas, la plaguita...entonces lo uso como terapia [...] (AM2).

[...] A mí me gusta caminar, suspendí la caminata porque la rodilla me dolía, pero traigo venda y entonces la uso, es elástica... pero últimamente he observado que ya no y que eso me ha ayudado, caminar, eso es para mí muy importante (AM10).

En el mismo orden de ideas, algunas entrevistadas opinaron que mediante el cuidado de su dieta o alimentación y llevando control de su medicación, han logrado sentirse mejor, esas son otras actividades que mejoran la salud de las mujeres mayores, por ejemplo:

[...] estando al pendiente de mis alimentos...procuro tomar mis medicamentos tal y como me lo indiquen...entonces yo sé cuidarme para caminar y para todo. (AM3)

[...] soy muy independiente...como un pedazo de jícama con pepino...lavo mis jitomates y me pongo queso panela...tengo hambre y como mi fruta [...]. (AM5)

Por lo tanto, son diversos los beneficios que se obtienen del movimiento humano y de sus interrelaciones y para promover la salud, todos los ejercicios, movimientos y espacios físicos, se relacionan de modo directo con las características individuales (16).

Mitigando el sentimiento de soledad: la fuerza del acompañamiento

En la relación familia y envejecimiento, la familia es el agente transmisor de

oportunidades y perspectivas de vida; y por ende reproductor/modificador de las relaciones de poder basadas en la edad, para los adultos mayores, la familia es la principal fuente de satisfacción (17). Es así que, uno de los hallazgos más importantes en esta investigación es que las mujeres mayores al sentirse acompañadas, mejoran la percepción de su salud y refieren un incremento en su bienestar emocional.

Para complementar esta información y conocer las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres mayores se aplicó la escala OARS, con la cual se observa que del total de la población encuestada, el 40.3% y el 37.0% cuentan con excelentes y buenos recursos sociales respectivamente.

Tabla N°. 3 Escala de OARS

Escala OARS						
	Excelentes R. S.	Buenos R. S.	Deterioro Social Leve	Deterioro Social Moderado	Deterioro Social Grave	Deterioro social Total
% Mujeres	40.3%	37.0%	16.2%	3.7%	.5%	2.3%

Fuente: Instrumentos aplicados en la Casa de Día, Toluca.

En las entrevistas se puede apreciar que en el Centro de Día, la población de estudio siente el acompañamiento de sus compañeras, lo que conlleva beneficios en su salud física, mental y social, manifestando estar más alegres, seguras, relajadas, por la empatía y la amistad que se crea entre ellas:

[...] Me da alegría, me da gusto, aquí nos ponemos a contar cuentos, y cuando llega el atardecer ya me tengo que ir, ni modo... tengo una amiga, con ella platico... se trata de venir a relajarnos aquí y esto es lo que a mí me encanta... mis compañeras me quieren mucho... Aquí me siento acompañada, desahogada, estamos jugando, echando relajo, platicando, estamos muy bien [...] (AM5).

[...] Aquí me siento bien acompañada con mis compañeros, estar aquí, con toda mi familia, porque ellos son una familia y somos una familia muy grande [...] (AM7).

[...] Me siento muy contenta... aquí bailo... entre compañeras cuando nos vemos tristes preguntamos ¿Qué tienes? ¿Estás enferma o qué te duele? [...] Nos damos ánimos... porque allá en la casa me siento y aquí platicamos... y se viene aquí y uno se alegra, como que olvidamos las enfermedades y al rato preguntamos ¿qué tal, cómo sigues? pues creo que con la plática y el baile se me quitó el dolor (ríe) (AM9).

También se observó que el acompañamiento es una necesidad y mejora la

autoestima de las mujeres entrevistadas, porque las hace sentirse importantes e indispensables, se sienten vivas y felices; en palabras de las entrevistadas:

[...] Lo único que yo quisiera es que me acompañaran por ahí a donde yo voy, estar en la casa para platicar o no sé, porque luego estoy solita en la casa, nada más da uno vueltas... estar bien, es estar contenta, tener alguien de compañía para platicar, reír un poco [...] (AM1).

[...] mi nuera... luego me habla para tomarnos un cafecito... y eso me alza mucho mi autoestima y la niña pues ya me sigue mucho, a pesar de que no estoy todo el día [...] (AM6).

Son variados los escenarios en donde las mujeres mayores se sienten acompañadas, uno de ellos es en sus hogares, aunque la población entrevistada vive con su familia no siempre se siente acompañada; sin embargo, algo que llamó la atención, fue la relación con sus nietos, como lo expresan algunas de las entrevistadas:

[...] estoy nada más con mi nietecita de 13 años, comemos las dos, nos ponemos a platicar y me gusta escucharla, me gusta preguntarle cómo le fue... y comenzamos a platicar, y cuando llega el abuelo... cambiamos el tema, a ella le gusta la música, le digo pon tú música hija, yo ya puse la mía (AM8).

[...] en la semana le digo a mis nietecitas ayúdenme con mi tarea, a veces no tienen tiempo y dicen hay abuelita estoy haciendo mi tarea no más que acabe (ríe), entonces me espero (ríe); luego me dicen ya abuelita qué me decías, o ¿cómo le hago aquí?...así no me dejan sola, siempre me andan invitando a salir [...] (AM9).

En concordancia con lo anterior, es importante mencionar a los personajes implicados en el acompañamiento hacia las mujeres mayores, en donde, además de los nietos, los hijos y sobre todo las hijas, son sus compañeras, quizá por el papel que juegan las mujeres dentro de la sociedad, ya que por cuestión de género asumen el cuidado de los demás, incluyendo implícitamente el acompañamiento. Al hablar de este tema, las participantes comentaron:

[...] mi hija me tiene muchas consideraciones, ella procura llevar a sus hijos el fin de semana a comer fuera y voy con ellos...no me siento sola y no me dejan abandonada [...] (AM3).

[...] Yo soy bisabuela, el niño tiene 6 años y lo atiendo por las tardes,...con mis hijas... el vecino de enfrente que está al pendiente de mí, y toda mi vecindad, tengo muchos años viviendo ahí, todos me quieren y me cuidan y me siento acompañada por todo el vecindario (AM4).

[...] Me siento acompañada, me siento querida, yo veo que mis hijas me quieren mucho, con mis nietas me llevo muy bien, son seis y me quieren mucho [...] (AM8).

Aceptación, tranquilidad y bienestar: la fuerza de la fe

El ser humano es representado como un compuesto unitario cuerpo-espíritu; la espiritualidad trabaja una de las dimensiones humanas, el espíritu, perteneciéndole a éste la reflexión, la interiorización y la contemplación, requiriendo precondiciones como la calma de los instintos corporales, tranquilidad de los sentidos y del espacio físico de reunión (18).

El resultado más llamativo que emerge de los datos es que las adultas mayores del Centro de Día, expresan a lo largo de las entrevistas un alto sentido de fe y esperanza, debido a las experiencias y vivencias que han tenido en el transcurso de su vida, contrastando el pasado y el presente, motivando su fortaleza interna para una visión positiva del futuro. Es así, que se les preguntó qué significaban estos conceptos en su vida, a lo que respondieron:

[...] Todo, la esperanza es la cosa más maravillosa, todos tenemos la esperanza de

tener una vida muy bonita...o de ser feliz o de que te llegue algo agradable a tu vida, la palabra esperanza es muy significativa en mi vida (AM2).

[...] no perder la esperanza de todo, de la vida, lo que nos da Dios tan hermoso, no perderla, porque yo he conocido gente que pierde la fe, la esperanza y se va [...] (AM7).

[...] le voy a dar gracias a Dios de que me siga cuidando como me ha cuidado hasta hoy...La esperanza no se debe de perder... si no hay fe no hay nada [...] (AM8).

Lo anterior concuerda con otros estudios, en donde se describe que la vida espiritual juega un papel importante en el afrontamiento del estrés y mantenimiento de la salud en la adultez mayor, cuando la espiritualidad forma parte de la persona, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso con un impacto positivo en la salud, al ser éstas utilizadas eficientemente contra el estrés (19).

Asimismo, en los relatos de los acontecimientos que rodean la vida de las mujeres entrevistadas, destaca la esperanza como un motivo de vida y al mismo tiempo les genera paz, tranquilidad,

bienestar y optimismo, agradecimiento, satisfacción, aceptación y perdón, en síntesis, las adultas mayores evidencian un confort espiritual, que se manifiesta en los siguientes argumentos:

[...] me gusta mucho rezar mi rosario, dar gracias por estar viva y que mi esposo está respirando, mis hijas, mis nietas, mi familia, me da tranquilidad, y me gusta ir a misa el día domingo y comulgar...dijo el padre, tienes que superar tu enfermedad...estoy de pie, esas son mis palabras de ahora y aunque me duela lo que me duela, estoy bien [...] (AM8).

[...] le doy gracias a Dios porque me permite llegar a esta edad...y últimamente ahora me he refugiado mucho en Dios. Mi mayor ilusión es aprender más, entregarme al servicio de los demás, ese es mi cambio... nadie como Dios, antes que nadie él me rescató, y lo alabo y lo bendigo porque lo conozco y estoy con él, a Dios gracias... (AM10).

Para correlacionar estos relatos, se presentan los resultados obtenidos a través de la escala de Yesavage, en los cuales se observa que la mayoría de mujeres mayores (85.6%) se encuentran en un estado psicoafectivo normal.

Tabla N°. 4 Escala de Depresión Geriátrica

	Calificación		
	0-5 Normal	6-9 Depresión leve	10 o más Depresión Establecida
% Mujeres	85.6%	8.8%	5.6%

Fuente: Instrumentos aplicados en la Casa de Día, Toluca.

Esto también apoya las conclusiones del estudio ecológico multinacional EURODEP, en donde se encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los adultos mayores europeos, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos (20).

En la Universidad Nacional Autónoma de México, en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a la cabeza de Gonzales – Celis y sus colaboradores, se ha hecho la evaluación del impacto de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes: en dos centros de salud de instituciones del sector salud, y en centros recreativos-culturales para ancianos. Se analizaron la asociación de las variables jubilación, espiritualidad, bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento con la calidad de vida. En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad, soledad, tipo

de actividades que realizan los adultos mayores, comportamientos saludables, y autoeficacia. Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad (21).

Cabe destacar que en los comentarios de las mujeres entrevistadas hay una fuerte relación entre la percepción de su salud y la fe, es decir, se les pregunta sobre su salud y responden con un agradecimiento a Dios, porque en cierta medida su fe les hace aceptar el dolor y la enfermedad, asumiendo un bienestar integral en su ser. Las respuestas con respecto a esto fueron:

[...] Diosito me ha llevado hasta esta edad y mientras Diosito me dé vida voy a seguir...de lo demás estoy muy bien, gracias a Dios...lo único que me duele son las rodillas (AM1).

[...] porque gracias a Dios en todas las etapas de mi vida he sido feliz...le pido a Dios que en esta última etapa de mi vida me de

tranquilidad, me de salud...porque yo le pido así, y él me da así, entonces qué más puedo pedir [...] (AM4).

[...] aquí estoy Dios mío, ya vine, hice mis ejercicios, levanté mis piernas, me di un baño con agua bien caliente en la noche, me unté mi gel y trato de cuidarme, de amanecer bien, esa soy yo ahora...doy gracias a Dios, pero yo renegaba mucho, porque decía, ya no voy a poder correr, ya no voy a poder salir, vivía en ese cuarto encerrada, llorando, me sentía fatal... (AM8).

Búsqueda del cuidado: necesidades y conocimientos

Kristen Swanson (1993) señala que “Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación” (22), por tal motivo, una vez que se indagó sobre la salud y la forma de enfrentar los dolores y padecimientos de las mujeres mayores, se les preguntó sobre el cuidado y fue muy interesante encontrar la similitud que existe con el concepto de cuidado en enfermería.

Las entrevistadas mencionaron que cuidado es: amor, acompañamiento, auxilio, preocupación por el otro, empatía y oración, como se refleja en los siguientes argumentos:

[...] Querer, proteger como mi niño, alimentar, pedirle a Dios por las personas...a mis seres queridos que ya se fueron, a ellos los cuido en mi corazón y a mi bisnieto pues lo cuido de atenderlo, de guiarlo, de corregirlo...a mis hijos les hablo con ejemplo...trato de cuidar a mis compañeras, si veo que no pueden caminar las ayudo, si veo que no pueden subir las subo, si van cargando mucho las ayudo, y en lo que puedo eso es cuidar para mí [...]. (AM4)

Dar algo de mí misma para esa persona, dar...ayudar, hacer algo por los demás, es una satisfacción muy grande para mí poderlo hacer, económicamente, trabajar...cuidar me ayuda mucho, me gusta [...]. (AM10)

Posteriormente, se preguntó a las participantes sobre la forma en que les gustaría que las cuidarán, se obtuvo una serie de respuestas que se orientan al trato humanitario, con valores, otorgando mayor importancia a la relación que se establece entre personas, entre seres humanos, dando a entender que no son objetos, que tienen sentimientos y que se dan cuenta de la actitud de los que

las rodean. Con respecto a esta idea se presentan algunos de los hallazgos:

[...] Como me estas tratando tú, con esa amabilidad, con esa honestidad...sacarme de la melancolía, de la enfermedad que estoy pasando. (AM2)

[...] Por ejemplo cuando estuve internada varios días...me agradaba mucho que me dieran mi baño de esponja, y hay enfermeras que si lo hacían con cariño, si tenían el cuidado...hay personas que ya están preparadas para eso o que son más humanas...yo he dicho que para ser enfermera se necesita vocación, porque hay enfermeras que tratan muy déspotamente a los enfermos [...]. (AM3)

[...] me gusta que me saluden...así como yo quiero a las personas...pido a Dios por ellas para que puedan pedir por mí, si yo cuido a mis semejantes, yo quiero que mis semejantes me cuiden con cariño, tengan atenciones, no me den el avión, no porque soy adulto mayor...así no quiero que me cuiden, quiero que me tengan atención, que sean dulces, que no tengan hiel [...]. (AM4)

Estos argumentos se relacionan con el concepto de cuidar, siendo una actitud y por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo; cuidar implica cuidar de la vida que lo ánima; cuidar del cuerpo significa la búsqueda de asimilación creativa

de todo lo que nos pueda ocurrir en la vida, compromisos y trabajos, encuentros significativos y crisis existenciales, salud y sufrimiento; sólo así nos convertimos cada vez más en personas maduras, autónomas, sabias y plenamente libres (23).

CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue distinguir los cuidados que necesitan las mujeres mayores autónomas, para favorecer su salud, mediante la interpretación de su historia de vida, con el propósito de brindarles posteriormente un cuidado específico y conveniente a la forma de ver su vida y a las necesidades que de ella emanan, por lo que la percepción de salud y las actividades promotoras de salud que realizan, sirven para comprender su autoconcepto y las fortalezas personales que han adquirido para afrontar sus problemas o situaciones de vida, por lo que, como hallazgo sobresaliente de esta investigación se encontró que el acompañamiento y la expresión de fe son los principales pilares que forjan el bienestar integral de la mujer adulta mayor, y que, a su vez se convierten en promotores de salud, por lo tanto, el cuidado de enfermería tendría

que hacer uso de estos para lograr una relación terapéutica enfermera-adulta mayor.

Las mujeres adultas mayores tienen un autoconcepto de salud positivo, en la medida en que ellas son independientes o autónomas funcionalmente, es decir, pueden realizar sus actividades de la vida diaria. Algunas de las encuestadas no se sienten acompañadas por sus familiares, por ende denotan un senti-

miento de tristeza y nostalgia, buscando refugio y consuelo con las compañeras y amigas de esta institución, logrando sentir empatía y apoyo, por el contrario, las personas que se sienten acompañadas muestran mayor seguridad y alegría, así como auto-aceptación y autoestima. La población de estudio expresan su fe, lo que a su vez les genera paz y tranquilidad, bienestar y optimismo, agradecimiento y satisfacción, aceptación y perdón.

REFERENCIAS

- (1) Montoya-Arce BJ, Román-Sánchez YG, Gaxiola-Robles SC, & Montes de Oca-Vargas H. Envejecimiento y vulnerabilidad social en el Estado de México, 2010. Papeles de población. [Internet]. 2016 [Consultado 22 Nov 2018]; 22(90), 43-77. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.22185/24487147.2016.90.034>
- (2) Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. [Internet]. Dirección de Estadística, febrero de 2015 [Consultado 14 Dic 2018]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- (3) Quintero, Ángela, & Henao, María Eucaris, & Villamil, María Mercedes, & León, Jairo (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35(1), 90-100. [fecha de Consulta 10 de Diciembre de 2019]. ISSN: 0120-4157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84338617012>
- (4) Cardona JLL, Villamil GMM, Henao VE, Quintero EÁ. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.* [Internet]. 2013 [Consultado 18 Ene 2019]; 32(1):9-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159029099002>

- (5) Sarabia CCM. La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. Gerokomos [Internet]. 2012 Mar [Consultado 2019 Oct 02]; 23(1): 15-18.
- (6) Iacub, Ricardo. (2014). Los Duelos en la vejez. [Consultado 2019 Dic 09]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305210363_Los_Duelos_en_la_vejez
- (7) Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Por una cultura del envejecimiento [Internet]. México, 2010 [Consultado 18 Ene 2019]; Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- (8) Tashakkori, A., & Creswell, J. W. *Journal of Mixed Methods Research*, Editorial: The New Era of Mixed Methods. 1(1), 3–7. 2007 [Consultado 10 Dic 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2345678906293042>
- (9) Aguilar NSG, Fuentes CA, Ávila FJA, García MEJ. Validity and reliability of the screening questionnaire for geriatric depression used in the Mexican Health and Age Study. *Salud Pública Mex.* [Internet]. 2007 [Consultado 03 Mar 2018]; 49(4):256-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17710274>
- (10) Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Muñoz Bermejo L, Vallejo Villalobos JR, Arrabal León N, Pinto Montealegre JE. Escalas de valoración geriátrica integral. *Rev ROL Enferm* [Internet]. 2016 [Consultado 03 Mar 2018]; 39(1): 54-60. Disponible en: <https://docplayer.es/70560283-Escalas-de-valoracion-geriatrica-integral.html>
- (11) Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* [Internet]. 2011 [Consultado 03 Mar 2018]; 72 (1): 11-16. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
- (12) Callís-Fernández S. Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC* [Internet]. 2011 [Consultado 30 Jun 2019]; 30-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>

- (13) Esnaola EI. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología* [Internet]. 2008 [Consultado 15 Jun 2019]; 24 (1) 1-8. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/31631/30731>
- (14) García Alfonso Javier, Troyano Yolanda. Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Dic 10]; 6(2): 34-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200006&lng=es
- (15) Bonilla Arena E, Sáez Torralba ME. Beneficios del ejercicio físico en el adulto. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2014 Nov; 2 (4):21-30.
- (16) Núñez M, Jiménez Oviedo Y, Coto Vega E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales* [Internet]. 2013 [Consultado 7 Jul 2019]; XIV168-181. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66627452009>
- (17) Guzmán JM, Huenchuan S. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, CELADE – División Población de la CEPAL, Organización de las Naciones Unidas. [Internet]. 2005 [Consultado 7 Jul 2019]; Disponible en: http://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/JGuzman_SHuenchuan.pdf
- (18) Boff L. La base biológica de la espiritualidad [Internet]. [Consultado 9 Sep 2019]; Disponible en: <https://leonardoboff.wordpress.com/2012/09/07/la-base-biologica-de-la-espiritualidad/>
- (19) Rivera-Ledesma A, Montero-López LM. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental* [Internet]. 2007 [Consultado 11 Sep 2019]; 30 (1), 39-47. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071f.pdf>
- (20) Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2007 [Consultado 04 Jul 2019]; 143 (2), 141-148. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

- (21) Aponte Daza, Vaneska Cindy (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, 13(2), 152-182. [fecha de Consulta 10 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- (22) Swanson MK, Nursing as informed caring for the well-being of others, Journal of Nursing Scholarship 25(4), 352-357. Disponible en: nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- (23) Boff L, Saber cuidar, Ética do humano-compaixão pela terra. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, Brasil, 2001. 197 pp.