

Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de un centro de día

Rojas Espinoza, Jessica Belén; García Hernández, María de Lourdes; Cárdenas Becerril, Lucila; Arana Gómez, Beatriz; Kempher, Silvana Silveira; Rico González, María de Lourdes

Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de un centro de día

Revista de Enfermagem Referência, vol. IV, núm. 23, 2019

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388262389008>

DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19047>

Os autores podem depositar os seus artigos no formato pós print (versão pdf do editor), 60 dias após a sua publicação, utilizando o documento pdf disponibilizado na secção de edições da página web da Revista.

Os autores podem depositar os seus artigos no formato pós print (versão pdf do editor), 60 dias após a sua publicação, utilizando o documento pdf disponibilizado na secção de edições da página web da Revista.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Necessidades de salud: experiencia de mujeres mayores de un centro de día

Health needs: experience of older women in a day center

Necessidades de saúde: experiência de mulheres idosas num centro de dia

Jessica Belen Rojas Espinoza a jessica700@hotmail.com
Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México

 <http://orcid.org/0000-0003-4444-0123>
María de Lourdes García Hernández b
luygaba@yahoo.com.mx

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México

 <http://orcid.org/0000-0001-8422-0665>
Lucila Cárdenas Becerril c lucycabe62@yahoo.com
Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México

 <http://orcid.org/0000-0003-0070-3753>
Beatriz Arana Gómez d betya18@yahoo.com.mx
Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México

 <http://orcid.org/0000-0002-5177-4220>
Silvana Silveira Kempfer e silvana.kempfer@ufsc.br
Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil
 <http://orcid.org/0000-0003-2950-9049>
María de Lourdes Rico González f ulu78rich@gmail.com
Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México
 <http://orcid.org/0000-0002-6410-3362>

Resumen: **Marco contextual:** La población de adultas mayores es vulnerable a mostrar afectaciones en su salud, por las condiciones sociales, económicas, culturales o políticas en las que se desarrollan. **Objetivo:** Describir las necesidades de salud de las mujeres mayores que asisten a un centro de día.

Metodología: Estudio mixto, con una población de 490 mujeres y muestra de 177. Se aplicó el cuestionario de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon con 60 ítems y una confiabilidad de 0,735; así como una entrevista en profundidad en 10 sujetos clave. Los datos se analizaron con medidas de tendencia central y análisis de contenido.

Resultados: Las necesidades de las mujeres mayores se analizaron de forma integral (física, social, emocional y espiritual). La mayoría padecen diabetes *mellitus* tipo 2 o hipertensión arterial. Casi la mitad tiene problemas de sobrepeso, estreñimiento y distención abdominal. No hay seguimiento de acciones de salud preventivas, solo curativas.

Conclusión: Las necesidades detectadas son orientación nutricional, prevenir y superar malestares físicos, mantenerse en movimiento, disminución de estrés y ansiedad.

Palabras clave: mujeres, anciano, salud del anciano, atención de enfermería.

Abstract: Background: Older adults are more susceptible to manifest the effects of their social, economic, cultural, or political environment on their health.

Objective: To describe the health needs of older women in a day care center.

Methodology: Mixed study, with a population of 490 women and a sample of 177. The 60-item Gordon's 11 Functional Health Patterns Assessment questionnaire was applied, obtaining a 0.735 reliability, as well as an in-depth interview in 10 key topics. The data were analyzed with central tendency and content analysis measurements.

Results: The needs of older women were submitted to a full analysis (physical, social, emotional, and spiritual). The majority has type-2 diabetes mellitus or high blood pressure. Almost half of them has overweight, constipation, and abdominal distention problems. There is no follow-up of preventive health actions, only curative ones.

Conclusion: The needs detected are nutritional guidance, preventing and recovering from physical ailments, keeping moving, reducing stress and anxiety.

Keywords: women, aged, health of the elderly, nursing care.

Resumo: Enquadramento: A população de idosos é vulnerável a mostrar efeitos sobre as suas condições de saúde, sociais, económicas, culturais ou políticas em que se desenvolvem.

Objetivo: Descrever as necessidades de saúde das mulheres idosas que frequentam um centro de dia.

Metodologia: Estudo misto, com uma população de 490 mulheres e amostra de 177. Aplicou-se o questionário de 11 padrões funcionais de Marjory Gordon com 60 itens e uma confiabilidade de 0,735; bem como uma entrevista em profundidade em 10 participantes. Os dados foram analisados com medidas de tendência central e análise de conteúdo.

Resultados: As necessidades das mulheres idosas foram analisadas de forma integral (física, social, emocional e espiritual). A maioria sofre de diabetes *mellitus* tipo 2 ou hipertensão. Quase metade tem problemas com excesso de peso, prisão de ventre e inchaço. Não há acompanhamento de ações preventivas em saúde, apenas curativas.

Conclusão: As necessidades identificadas são: orientação nutricional, prevenir e superar desconfortos físicos, continuar em movimento, reducir o *stress* e ansiedad.

Palavras-chave: mulheres, idoso, saúde do idoso, cuidados de enfermagem.

Introducción

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS),

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 llamará de forma indistinta adulto mayor. (Moya & Vayas, 2016, p. 1)

Para fines del presente artículo, se entenderá por adulto mayor a aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, cursando por cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales, y que se caracteriza por ser sabia, experta, paciente y tolerante, como resultado de la transición asociada a la experiencia vivida, el conocimiento adquirido, las pérdidas y la reflexión de su vida.

En este sentido, las mujeres adultas mayores son un sector especialmente de interés investigativo, ya que es el grupo más numeroso en la población de adultos mayores y más vulnerable en todos los sentidos (social, económico, físico, psicológico).

A nivel mundial, la ideología, los mitos, las costumbres y las creencias de cada sociedad influyen en la forma de conceptualizar y entender la salud en mujeres mayores; en conjunto con los estigmas que la sociedad tiene sobre el envejecimiento, dificultan una visión objetiva de las características y necesidades de esta población. Los cambios físicos y biológicos que presentan las mujeres mayores les otorgan la primicia de su representación y conceptualización, sin tomar en consideración lo que involucra y significa ser adulto mayor (Zapata, 2001).

Asimismo, en las mujeres, los factores o condicionantes sociales, sobre todo la cultura, educación y economía, han delineado la imagen desvalida o vulnerable de ellas. Las mujeres que se encuentran en la etapa de la vejez enfrentan una realidad difícil; los estudios y las estadísticas recientes muestran que tienden a tener una expectativa de vida más larga que los hombres, lo cual no quiere decir que su longevidad vaya acompañada por una óptima calidad de vida o estado de salud (Cámara de Diputados, 2008).

Lo dicho con antelación pone de manifiesto la prioridad de describir las necesidades de salud de las mujeres mayores que asisten a un centro de día, y es el objetivo de esta investigación, considerando los siguientes aspectos: físico, emocional, psicológico, social, espiritual, con la finalidad de interpretar y establecer cuidados específicos de salud, para lograr su bienestar y promover un envejecimiento saludable.

Marco contextual

Específicamente, las mujeres mayores de 65 años en México presentan causas que afectan su salud: 1) infecciones respiratorias agudas, de vías urinarias e intestinales, 2) úlceras, gastritis y duodenitis, 3) hipertensión arterial, 4) diabetes *mellitus* no insulino-dependiente, 5) gingivitis y enfermedades periodontales, 6) amebiasis intestinal, 7) neumonías y bronconeumonías y 8) conjuntivitis. Se enfatizan las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes *mellitus*, esta última con una tasa de incidencia de 1528,9 casos, muy por encima de la registrada en los varones, con 1395,1. A diferencia de las enfermedades isquémicas del corazón, las mujeres registran una tasa de 361,3 casos, inferior a la encontrada en los varones, con 477,7 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010).

En 2010, las entidades federativas con mayor número de población de 60 y más años de edad del país fueron el Estado de México, la Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, las cuales agrupan a 4,1 millones de adultos mayores, es decir, poco más del 40% de la población. Hoy en día, en el Estado de México habitan un total de 1 137 647 adultos mayores, 521 277 hombres y 616 370 mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). Esto refleja que las mujeres se enferman a edades tempranas y viven por períodos prolongados.

Con este estudio se obtuvo un acercamiento a las necesidades de las mujeres mayores, desde su propia óptica y experiencia, considerando el contexto social del centro de día, el cual es un espacio de recreación,

convivencia y capacitación, donde los adultos mayores pueden integrarse a un grupo o participar en los talleres y actividades que se imparten en esta institución.

La aportación a la ciencia del cuidado de enfermería es el fomento y fortalecimiento de los recursos propios (conocimientos, motivación, actitud, funcionalidad), para que la persona satisfaga sus necesidades, o bien acepte ayuda procedente de su entorno. Asimismo, si se cuenta con un diagnóstico específico de las necesidades de las mujeres que envejecen, se podrá obtener un modelo de atención que impacte en su bienestar.

Cuestión de investigación

¿Cuáles son las necesidades de salud de las mujeres mayores que acuden a un centro de día?

Metodología

Los planteamientos teóricos para la descripción de las necesidades de salud en mujeres mayores partieron del modelo de cuidado profesional de enfermería de la teoría de Kristen Swanson, *conocer* a la persona que se cuida, centrándose en ella, es decir, ir más allá de saber (Swanson, 1995). Para ello, se diseñó un estudio mixto con enfoque explicativo dividido en dos etapas: la cuantitativa identificó las necesidades de salud y la cualitativa fundamentó la interpretación de las necesidades de salud en las mujeres adultas mayores.

La investigación se desarrolló en un centro de día del Estado de México. Se asistió a dicho espacio para plantear la temática de la investigación e ingresar a la institución mediante el permiso de las autoridades.

La población de estudio fueron 490 mujeres mayores que asisten al centro de día. Se realizó un muestreo aleatorio simple, con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%, lo que dio como resultado una muestra de 177 mujeres. Se tomaron en cuenta las mujeres mayores de 65 a 84 años de edad que asistían a los programas brindados por el centro de día, asimismo, quienes desearon participar no contaban con ninguna disminución de la capacidad cognitiva y firmaron el consentimiento informado.

El procedimiento: una vez autorizado el campo de estudio, el acercamiento a los participantes potenciales se hizo de forma individual, se les dio a conocer el propósito de la investigación, se les indicó al firmar el consentimiento informado que los datos proporcionados en esta investigación se utilizarían de forma confidencial y que su participación era voluntaria.

El instrumento para detectar las necesidades de salud de las mujeres mayores se fundamentó en el modelo de valoración de enfermería con 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, constituido por 160 ítems, agrupados en 11 patrones que contemplan al paciente de forma holística y recogen la información necesaria del paciente, la familia y el entorno (Gordon, 2010). Para medir la confiabilidad se realizó una prueba piloto

en el 5% de la muestra, con base en la medición estadística de los ítems se realizaron algunas modificaciones, de forma que se quedó en 60 ítems, debido a que los demás no coincidían con las características de la población de estudio; obteniendo así un alfa de Cronbach de 0,735.

El instrumento se aplicó de manera individual, con un promedio de una hora y media. La información fue procesada y analizada para continuar con la etapa cualitativa, en donde se utilizó el modelo de selección intencional de participantes y la saturación de datos para determinar el número de sujetos de estudio (Creswell & Plano, 2008), el cual fue de 10 mujeres mayores con alguna patología crónico-degenerativa, a quienes se les realizó una entrevista profunda.

El análisis de datos cuantitativos se realizó con medidas de tendencia central apoyadas en el estudio cualitativo, que siguió la metodología de la codificación para su interpretación. Mediante matrices se ordenó la información para facilitar la identificación de patrones y, después, dar sentido e interpretación a los resultados a través de la triangulación metodológica. Para garantizar la validez del estudio cualitativo se efectuó: contrastación de los datos obtenidos, con el aporte de estudios previos en el campo de la investigación y la triangulación por teoría, resultados del método descriptivo y hermenéutico, informantes y fuentes de recolección de datos; se consideraron como categorías de partida los cinco momentos de cuidado de Kristen Swanson: 1) El mantener las creencias, 2) El conocer o la complicidad, 3) El estar con, 4) El hacer por y el permitir o posibilitar, 5) Las consecuencias de los cuidados. La triangulación fue valiosa para identificar las necesidades de salud en las mujeres adultas mayores.

Cabe mencionar que el comité de bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México autorizó el desarrollo de esta indagación con el número de registro 2014/19.

Resultados

Caracterización de las participantes del estudio

De las mujeres adultas mayores que participaron en el estudio, el 49,7% tiene entre 65 y 69 años, y el 32,2% se encuentra en el grupo de 70 a 74 años de edad, es decir, la mediana de la población se ubica entre los 70 y 74 años. De acuerdo con su estado civil, el 42,9% de las entrevistadas son viudas de entre 70 a 74 años de edad, el 37,9% casadas con edades que oscilan entre los 65 y 69 años y los 75 a 84 años, el 13% solteras y el 6,2% separadas; el 89,8% de la población profesa la religión católica. Poco más de la mitad de las mujeres adultas mayores (52%) cuenta con estudios de primaria y el 16,4% son analfabetas. La ocupación principal de la muestra es el hogar (86,4%), mientras que solo el 13,6% es jubilada (Tabla 1). Asisten a la casa de día para mitigar su soledad, para tener a alguien que las escuche: “Vengo a la casa de día para ver a las compañeras,

porque en la casa nada más estamos mi esposo y yo solitos, ya los hijos no nos visitan, no nos ven, no preguntan por nosotros” (E-1; Mayo, 2016).

Tabla 1a
Valoración de las necesidades de salud de las mujeres adultas mayores

Patrón funcional de Marjory Gordon	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos
Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud	<p>El 87,6% de las encuestadas reportó que las condiciones de vivienda (agua potable, electricidad, teléfono y drenaje) son buenas, es decir, tienen los cuatro servicios, el 11,9% dice que son regulares y el 0,6% que son malas. El aseo de las viviendas fue reportado como bueno en el 73,4% (realizan aseo en la vivienda a diario). Los hábitos higiénicos de la población de estudio reflejan que en el 79,7% son buenos, lo que quiere decir que realizan baño diario, aseo bucal tres veces al día y cambio diario de ropa interior y exterior; mientras que el 20,3% lo hace, pero de forma regular. El 22% de la población reportó que existen factores de riesgo donde en la actualidad habitan y el 71,2% no lo consideró así.</p> <p>La mayoría de las mujeres participantes (90,4%) sigue su control médico, el 87% lleva adecuadamente su tratamiento médico y farmacológico; sin embargo, el 22,6% se automedica.</p>	<p>Las mujeres mencionan que conocen las medidas y actividades que requieren para mantener su salud o disminuir las complicaciones, ya que en los últimos años acuden a su consulta médica de forma regular, se les da orientación y su medicación, pero no siguen al pie de la letra esas indicaciones, porque también necesitan sentirse acompañadas en ese cuidado por sus seres queridos:</p> <p>Yo me imagino que no hay una escuela para aprender a cuidarte, pero es la que te da la vida. A veces me doy cuenta que me descuidan mucho, pero tampoco le doy importancia, porque de lo que carezco en casa me sobra cariño de compañeros, de quien menos se espera". (E-2; Mayo, 2016)</p>
Patrón 2. Nutricional/metabólico	<p>Las participantes refieren una modificación de peso en los últimos seis meses, el 36,7% de la población reportó que aumentó, mientras que el 34,5% disminuyó. Respecto a su dentadura, en el 37,3% de la población está incompleta, el 41,8% utiliza prótesis y solo el 19,2% tiene su dentadura completa. Cabe mencionar que el 81,4% realiza de dos a tres comidas al día.</p>	<p>Bajo la observación de patrones alimenticios en el centro de día, las adultas mayores comen cuando se sienten acompañadas y disfrutan de compartir sus alimentos, los cuales ingieren cuando llegan y antes de retirarse de esa institución, es decir, el desayuno y la comida los realizan con sus compañeras, ya que en su hogar están solas o se sienten solas, por lo tanto, surge el siguiente supuesto: el acompañamiento es una necesidad de la mujer mayor para alimentarse. De esto se muestran los siguientes ejemplos:</p> <p>"Aquí me siento bien acompañada, y en mi casa pues llega mi hija de vez en cuando, cuando puede, porque trabaja, estar aquí con toda mi familia, porque esto es una familia y somos muy grandes" (E-3; Mayo, 2016).</p> <p>"Me siento muy contenta con mis compañeras y compañeros" (E-5; Mayo, 2016).</p>
Patrón 3. Eliminación	<p>Los principales problemas de eliminación en las adultas mayores encuestadas son estreñimiento y distensión abdominal, el 31,1% de ellas lo reportaron así. De acuerdo con las principales alteraciones en la eliminación urinaria que se presentaron, el 9% reportó incontinencia urinaria y el 14,7% dijo tener nicturia.</p>	<p>En este sentido, aunque no expresan en las entrevistas sus problemas de salud, las adultas mayores necesitan apoyo para superar sus malestares físicos. Como parte del cuidado de la salud, las mujeres necesitan sentir que alguien hace algo por ellas para sentir bienestar:</p> <p>"Cuando estoy aquí, me siento muy bien, por ver a las compañeras. No estoy bien de salud, pero estoy bien, qué puedo hacer, cuando uno llega a esta edad, ya no puede hacer nada" (E-1; Mayo, 2016).</p> <p>"Que me den ánimo, que se preocupen por mí, nada más" (E-4; Mayo, 2016).</p>

Nota. Adaptado de “Manual de diagnósticos enfermeros” de Marjory Gordon, 2010. Décima edición. Elsevier Mosby.

Tabla 1b

Patrón 4. Actividad-ejercicio	<p>En este patrón se midieron las alteraciones en los signos vitales (respiración, frecuencia cardiaca y tensión arterial) al realizar una actividad física y la utilización de auxiliares para la deambulación. El 3,6% presentó alguna alteración en la respiración (disnea, tos, taquipneea) y el 11,9% presentó la frecuencia cardiaca alterada, por lo que se puede decir que la mayor parte de las adultas mayores tiene una adaptación física aceptable al realizar alguna actividad que implique un esfuerzo. Respecto a los apoyos para la deambulación, el 46,3% de la población mencionó que utiliza algún auxiliar, como el bastón.</p>	<p>La actividad física que realizan las mujeres en la casa de día es primordial, ya que mantenerse en movimiento las hace sentirse útiles, con bienestar y con buena percepción de sí mismas, debido a que la movilidad física va acompañada de independencia y seguridad:</p> <p>“Caminar, subir al camión, atravesar la ciudad, mientras yo pueda, voy a seguir saliendo” (E-1; Mayo, 2016).</p> <p>“Que me dejen hacer mis cosas, por mí misma me valgo, siempre ha sido trabajar, ir y venir, nunca me estancé en la casa, porque nunca me gustó, y ahora menos, porque mi esposo me da la libertad” (E-4; Mayo, 2016).</p> <p>“Yo no dependo de nadie, yo solita, hasta ahora gracias a Dios, dependo de mí misma, me agrada estar bailando, me siento bien” (E-5; Mayo, 2016).</p>
Patrón 5. Reposo-sueño	<p>De acuerdo con los datos reportados por las adultas mayores, el 16,4% menciona que duerme menos de cinco horas, el 55,9% de cinco a siete horas y el 27,7% más de siete horas.</p>	<p>Aunque el insomnio tiene diversas causas, en las adultas mayores predominó la preocupación que tienen por sus seres queridos, estados de ansiedad y estrés, que causan cambios biopsicosociales del envejecimiento en su persona, como se muestra a continuación:</p> <p>“Me siento como tensa y no me explico por qué, yo creo que me desespero más porque yo quisiera estar mejor, pero no se puede” (E-3; Mayo, 2016).</p> <p>“A veces me siento deprimida cuando voy a visitar a mis familiares, mis hermanas están enfermas” (E-4; Mayo, 2016).</p> <p>“Me dio una crisis de llanto, yo soy la que estoy sufriendo. Lloraba mucho porque ya no era la misma atención que tenía mi hija hacia mí. Creen que yo no necesito que alguien me diga: te quiero mucho” (E-5; Mayo, 2016).</p>
Patrón 6. Cognitivo-perceptual	<p>La población entrevistada presenta alteraciones de la vista en el 62,7%, el 14,1% mencionó tener problemas en la audición; solo el 2,8% presenta problemas de equilibrio. En un análisis bivariado utilizando el estadístico <i>Cramer</i> para variables nominales, se encontró que no existe una fuerte asociación entre la alteración de los sentidos y la edad o presencia de alguna enfermedad, por lo que se considera la significancia de 0,566 para la edad y 0,680 para la enfermedad.</p>	<p>Nuevamente se observa que independientemente de la condición física de las mujeres mayores, ellas se perciben bien:</p> <p>Me describo como una persona agradable, muy sociable, muy inquieta, me siento tranquila y para mí es fabuloso haber llegado a esta edad. Trato de ser lo más positiva, no darle importancia a lo que en realidad no lo tiene. (E-2; Mayo, 2016)</p>
Patrón 7. Autoimagen-autococepto	<p>Poco más de la mitad de las adultas mayores tiene una buena percepción de sí misma (63,3%), cabe señalar que el 16,4% la considera como regular y solo dos de cada 100 la reportaron como mala. Solo el 7,3% de la población encuestada no está de acuerdo con su imagen corporal; el 96% está satisfecha con el cumplimiento de su rol, de este porcentaje, el 50,8% con el rol de mamá y el 22% con el de abuela; las situaciones que más preocupan a las adultas mayores son la seguridad, con el 20,9%, el 14,7% de esta población siente preocupación por sus hijos y en el 3,4% es el desalojo, sin embargo, esto no parece afectar su estado de ánimo, ya que el 80,2% de ellas se considera alegre y solo el 8,5% se muestra preocupada. Cabe señalar que la percepción que tiene la mujer adulta mayor de sí misma y la percepción de la salud están asociadas de forma significativa; asimismo, el índice de masa corporal está altamente asociado con la percepción individual (<i>d de Somers</i> con valor de 0,817), a diferencia de la percepción de la salud, cuya asociación no es tan fuerte.</p>	<p>Las mujeres se perciben a sí mismas bien y <i>sanas</i>, a pesar de sus enfermedades y afecciones:</p> <p>“Me considero sana, aparte de lo que tengo, la presión. Por mi salud hago mucho ejercicio” (E-4; Mayo, 2016).</p> <p>“Es muy bonito, que me sienta mal de envejecer, no. Me gusta ver mis canas, me gusta ver mis arrugas, me gusta verme en el espejo. Qué bonito es vivir la vida” (E-5; Mayo, 2016).</p>

Tabla 1c

Patrón 8. Rol-relaciones	De las personas que atienden a las adultas mayores, el 53,7% menciona que sus hijos las cuidan, el 29,4%, su cónyuge y el 16,9%, otra persona; el 91% vive en una familia integrada. La relación con los integrantes del hogar es buena en el 70,1%, 15 de cada 100 adultas mayores reportaron que es excelente; el 12,4% piensa que es regular y el 1,7% dice que es mala.	A pesar de que las mujeres no están solas y la relación con los integrantes de su familia es buena, cuando se les pregunta si se sienten solas, ellas refieren: "Pues lo único que yo quisiera que me acompañaran a donde yo voy, estar en la casa para platicar, porque luego estoy sola en la casa" (E-1; Mayo, 2016). "Que me dijeron te quiero, como yo se lo dije a mi hija y mi nieto, ustedes creen que yo no necesito que alguién me abrace y me diga te quiero mucho" (E-5; Mayo, 2016).
Patrón 9. Sexualidad-reproducción	En relación con los aspectos de salud reproductiva de la mujer, se reportan datos de la edad al primer embarazo, entre los 12 y 18 años, con un 45,2%, y solo el 5,6% nunca tuvo un embarazo. Del total de las mujeres mayores entrevistadas, el 41,2% reportó que la última citología que se realizó fue hace un año, el 20,3% hace tres años y el 14,7% hace dos años. Hay que observar que el 23,2% de las adultas mayores nunca se ha realizado una citología, y las mujeres de 70 a 74 años son quienes reportaron en mayor medida esta situación. De igual forma, el 48,6% de las mujeres adultas mayores se realizó la exploración mamaria hace un año, el 19,2% hace dos años y el 11,3% hace tres años. Al igual que en el indicador anterior, el 20,9% nunca se ha hecho una exploración de senos (principalmente entre los 65 y 69 años).	Poco pudo hablar la mujer mayor sobre su sexualidad debido a la forma en que fueron educadas y por los tabúes sociales de su época, no se mencionó explícitamente en sus argumentos la palabra sexualidad ni lo referente a esta, sin embargo, hicieron alusión a la relación de pareja que vivieron de jóvenes, en donde la mayoría sufrió violencia intrafamiliar, como se muestra en las siguientes líneas:
Patrón 10. Afrontamiento del estrés	Los resultados muestran que el 94,9% puede afrontar las situaciones que puedan implicar estrés y el 5,1% de las adultas mayores menciona que sí es sensible a la crítica; la reacción ante esta situación de estrés es de tranquilidad, según lo reportó el 61%, el 15,3% se muestra indiferente o se siente deprimida y el 6,8% reacciona de forma agresiva. Se puede mencionar que el 39% de las adultas mayores hacen actividades manuales, las cuales le sirven para relajarse; le siguen las tareas intelectuales y, en tercer lugar, la convivencia social.	Cuando murió mi esposo, yo me sentí más libre, no me gustan las hipocresías y decir que lloré o lo extrañé, no, yo me sentí muy liberada porque estaba muy presionada por él" (E-5; Mayo, 2016). Mi esposo me pegaba mucho y tomaba, andaba con mujeres y llegaba a la casa nomás a maltratar, decía muchas groserías, que yo era la que lo andaba engañando, llegaba muy valiente y se arremangaba las mangas hasta acá arriba para darme mis trancazos, así como si fuera a pelear con un hombre, y yo, en ese momento, no le decía nada, cuando estaban más chiquitos mis hijos, es cuando me pegaba más, ya cuando crecieron me defendían pero también a ellos les pegaba. (E-9; Mayo, 2016)
Patrón 11. Valores-creencias	El 100% de las mujeres mayores pertenece a la religión católica.	Efectivamente, las mujeres mayores del centro de día tienen un perfil de tranquilidad, a decir de ellas, es poco frecuente que se enojen o discutan con las personas porque prefieren mantener la cordialidad y disfrutar cada día de su vida como si fuera el último, como se muestra en este ejemplo: Me considero una persona muy accesible, a mí me creen muy enojona, pero ya, cuando me tratan, no. Yo también, cuando trato a las personas, trato de ser lo más amable posible; también me siento sociable, yo me siento bien en mi persona, en lo que soy; mi señor me dijo: disfruta la vida, haz de cuenta que es el último día, y al otro día igual. Yo me siento muy orgullosa de mi edad, de lo que he disfrutado, aunque toda mi vida fue trabajar y trabajar, la disfruté mucho de joven. (E6; Mayo, 2016)
		Las mujeres del centro de día reflejan un alto nivel de espiritualidad, que coadyuva en su conducta y emociones de forma positiva, como aquí se enuncia:
		"Creo en el de allá arriba, él es el único, gracias, Dios mío, me han pasado cosas maravillosas, lindas, hermosas, para mí es divino eso" (E-3; Mayo, 2016). "Yo creo en mi Dios y en la Virgen de Guadalupe, le doy gracias cada vez porque es la que nos da todo" (E-4). "Yo confío en Dios y en mí, por ejemplo, haciendo la oración estamos cerca de Dios y él de nosotros, yo todo eso le hablo a papito Dios" (E-5; Mayo, 2016).

Estado de salud

Con respecto a las alteraciones de salud en las mujeres mayores del centro de día, el 81,4% tiene al menos alguna de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y artritis. De ese porcentaje, 49 de cada 100 tienen entre 65 y 69 años, mientras que 30 de cada 100 se ubican entre los 70 a 74 años; conforme avanza la edad, el porcentaje de las mujeres mayores enfermas va disminuyendo poco a poco, lo que puede estar relacionado con la presencia de enfermedad crónica con complicaciones o, en su caso, el fallecimiento. Llama la atención la presencia de mujeres que presentan en el 44,1% sobrepeso, el 22% obesidad I y el 3,4% obesidad II; se observa, por tanto, que el sobrepeso está presente en todas las edades (Tabla 1). No obstante, respecto a su situación de salud, refieren sentirse contentas y satisfechas por haber llegado a la edad que tienen y agradecen estar vivas: “Para mí es fabuloso estar aquí, ahorita, aún con mi enfermedad, es un vacilón la vida, disfrutar lo que no podías hacer cuando estabas en tu hogar. La vida es como la queremos hacer, o pesada o ligera” (E-2; mayo, 2016). “Me siento satisfecha. A veces hasta uno es privilegiado de que esté mejor de salud que otras personas, sí me dio gusto haber llegado a esta edad” (E-3; Mayo, 2016).

Discusión

Las mujeres mayores son personas que se encuentran experimentando la vida entre la séptima y octava década de su vida. A ellas la sociedad les llama *viejitas* o *ancianas*, términos aceptados y entendidos por la sociedad; pasando los 60 años en su mayoría enviudan, una minoría se separa de su pareja en esta edad y la tercera parte de las participantes profesa la religión católica. En su momento, la educación era privilegiada para los hombres, por lo tanto, la mayoría de las mujeres mayores no saben leer ni escribir, lo que propicia su trabajo en el mercado laboral informal. Esto es alarmante, ya que su dependencia económica es con los hijos. Estos hechos pueden ser explicados debido a las circunstancias de desventaja social en las que vivieron las adultas mayores (González, 2010). Como también se ha visto en otros estudios, las mujeres son las que representan el mayor porcentaje de la población que no tiene escolaridad (Vázquez, 2004).

Swanson (1995) se refiere a la salud como vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de la plenitud; en este sentido, las mujeres mayores entienden que los cambios les generan alteraciones en su salud y les hacen sentir distintas, sin embargo, para ellas, es algo normal, por su edad, y aceptan la enfermedad como una condición de vida, como una experiencia que todo ser humano siente y vive, todo depende de la manera en que la afronte.

La buena percepción de sí mismas y el amor a la vida en las mujeres mayores, contrasta con la imagen que existe con respecto al envejecer, en donde se subraya la temporalidad y la fragilidad de la vida humana. El viejo se ha vuelto temeroso, rígido, introvertido, cauteloso; tiende a

la baja autoestima y, por ello, es fácil presa de la depresión (Rodríguez, Corona, & Goñi, 2008). Esto influye en su autoimagen y autoconcepto, sin embargo, las que sienten que la vida tiene ciclos de aprendizaje no se sienten enfermas y la aceptan, y conocen que el cambio implica reafirmar necesidades nuevas.

Dentro de las necesidades de salud de las mujeres mayores se distingue el acompañamiento. El sentimiento de soledad es un estado que, por lo común, aflige al ser humano, que se agudiza en la etapa final de la existencia, debido a las pérdidas que se experimentan, y afectan la calidad de vida (Quintero, León, Henao, & Villamil, 2015). En este sentido, la soledad se ve reflejada en las mujeres mayores como una sensación de abandono y pérdida, por lo tanto, sentirse amada y querida es un sentimiento que evidencia una necesidad dentro de la vida de las mujeres mayores.

También la espiritualidad se establece como una necesidad; el filósofo Leonardo Boff, define la espiritualidad como un modo de ser, una actitud fundamental, vivida en la cotidianidad de la existencia: en el arreglo de la casa, en el trabajo de la fábrica, conduciendo, conversando con amigo. En ese sentido, las personas pueden conscientemente abrirse a lo profundo y lo espiritual, y se vuelven más centradas, serenas e irradiadoras de paz (Ramírez, 2012). Así, para las mujeres del centro de día, la espiritualidad propicia bienestar. De esta manera, las mujeres mayores se encuentran en un momento de cambios y transiciones, y la fe que conserven les permite tener un panorama positivo de sí mismas y del futuro cercano.

Marsh, Richards, Johnson, Roche y Tremayne (citado por Castro, 2013, p. 80) opinan que “el autoconcepto físico se compone de nueve subdominios: fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad”. Por esta razón, las mujeres le dan gran importancia a la actividad física que ellas pueden desempeñar, ya que eso es sinónimo de bienestar. Se puede interpretar que el ejercicio las hace sentir autónomas y autosuficientes, sienten que el movimiento les ayuda a sobrellevar la vida.

En consiguiente, los cuidados específicos de salud para lograr el bienestar y promover un envejecimiento saludable en las adultas mayores están agrupados en cuatro acciones terapéuticas: acompañamiento, movilidad, mantenimiento de la fe y orientación de salud.

En este sentido, Gastron (citado por Iparraguirre & Vasquez, 2015, p. 40) refiere que:

el apoyo social se describe como la interacción entre las personas que incluye la expresión de afecto, la afirmación de los comportamientos y la ayuda material; la pérdida de estos elementos positivos puede ser reemplazada por sentimientos de dependencia física o psicológica en el adulto mayor, relacionados directamente con los síntomas psicológicos negativos como la depresión, sentimientos de soledad, de carga, de inutilidad y la aparición de enfermedades crónicas,

por lo que el acompañamiento es fundamental para el cuidado integral de la mujer adulta mayor.

Asimismo,

desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional. (Chávez, 2016, p. 24)

Esto coincide con lo declarado por las adultas mayores del centro de día, por lo que también promover la movilidad o funcionalidad es un cuidado principal en esta población.

De la misma forma,

se ha documentado que cuando la espiritualidad forma parte de la personalidad, tiende a expresarse en las estrategias de afrontamiento religioso, con un impacto positivo en la salud, al ser estas utilizadas eficientemente contra el estrés. Se han destacado dos aproximaciones generales al estudio del afrontamiento religioso: a) las formas específicas de afrontamiento (como el perdón, la purificación y la confesión, etc.) y b) los patrones de afrontamiento, como el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo; el primero asociado a mejores parámetros de salud que el segundo. (Rivera & Montero, 2007, p. 40)

Por lo tanto, también mantener la fe es un cuidado de enfermería que tiene que prevalecer en la atención de las adultas mayores.

Para concluir, debido a que la mayoría de las mujeres mayores de México no sabe leer ni escribir, se precisa que el profesional de enfermería les brinde orientación de salud, reeducando para lograr una vida saludable, y la educación es una función a la que desafortunadamente el personal de enfermería no le da la relevancia que realmente tiene en un primer nivel de atención a la salud.

Este estudio se limita a una población de un centro de día, deja fuera a la población de mujeres mayores que se encuentran en la comunidad o que están institucionalizadas.

Conclusión

La mayoría de las adultas mayores en la casa de día posee alguna enfermedad, esto se contradice con la percepción que tienen de sí mismas, ya que esta es buena y, además, de acuerdo con lo que refieren, su estado de ánimo es alegre. Por lo tanto, de forma contradictoria a lo que se esperaba, tener una enfermedad no significa depresión o preocupación en las adultas mayores, siempre y cuando sigan cumpliendo su rol y desempeñando sus actividades de la vida cotidiana. Mantenerse en movimiento implica bienestar para ellas, la enfermedad no es un factor de alteración emocional.

Otro punto relevante es que casi la mitad de la población encuestada tiene problemas de sobrepeso, conforme a estudios de envejecimiento, se dice que en la última etapa de la vida hay disminución de tejido óseo, muscular y graso, sin embargo, sería importante estudiar ¿qué está sucediendo con las mujeres mayores y cuáles son los factores

de sobrepeso?, ya que un porcentaje considerable no cuenta con una dentadura completa o utiliza prótesis dental, su peso varía y refleja una alimentación inadecuada, también realiza de dos a tres comidas al día. Con base en lo estudiado, esto se puede deber a que las mujeres mayores se sienten solas, en sus casas no tienen con quien convivir, y uno de los momentos más relevantes es la comida, pero si se encuentran solas, no tienen el mismo apetito y no comen, lo que asegura que en la casa de día disfrutan plenamente los alimentos en compañía de otros adultos mayores.

Como consecuencia de su incorrecta alimentación, se identificó que sus problemas digestivos son el estreñimiento y la distención abdominal. Asimismo, los problemas urinarios característicos de la tercera edad son la incontinencia urinaria y la nicturia, sobre todo en las mujeres, debido a la multiparidad y a la diabetes *mellitus*.

El sueño y el descanso son necesidades físicas que debe cubrir el adulto mayor, no obstante, ellas padecen insomnio frecuente, lo cual se evidencia con su faz de cansancio, bostezos frecuentes y ojeras. Esta situación podría deberse al tipo de alimentación que llevan, ya que la mayoría consume café, incluso antes de dormir, también pueden estar influyendo los problemas familiares, sobre todo preocupaciones por los hijos.

En la población encuestada, más de la mitad tiene disminución de la agudeza visual, y muchas de ellas no utilizan los lentes adecuados, ya sea por falta de recursos económicos o porque no hay quien las acompañe a las consultas con el oftalmólogo.

Se enfatiza en que un alto porcentaje de mujeres contestó que llevaban su control médico y tratamiento farmacológico. En cuanto a la citología y al examen de mamas se refiere, una mínima proporción lleva un seguimiento para el diagnóstico oportuno de cáncer de mama y cérvico-uterino; recordando que en mujeres mayores de 60 años es mayor la incidencia de estas patologías.

El aspecto social y familiar en el adulto mayor es importante. Las mujeres del centro de día están satisfechas con el rol que cumplen como madres y abuelas. Con respecto a las personas que cuidan de ellas, si bien sus hijos son quienes las ven, la mayoría se siente sola porque, en realidad, sus hijos no perciben lo que ellas necesitan, sobre todo platicar e integrarse a sus actividades (fiestas, reuniones, salidas). Por lo tanto, se desestresan con actividades manuales o intelectuales para relajarse, lo que propicia que la casa de día sea un lugar para convivir con personas de su misma edad y de intereses comunes.

La asistencia de adultos mayores a las casas de día genera mejores niveles de bienestar y calidad de vida, sobre todo porque es el lugar ideal para que la mujer mayor desempeñe las actividades que le gusta hacer. La convivencia, como terapia social, ayuda a elevar la percepción que tienen de sí mismas. Conforme al análisis global de los resultados, se puede decir que la fortaleza interna, la expresión de fe y las actividades de cuidado de las mujeres adultas mayores prolongan su esperanza de vida, por lo tanto, se requiere profundizar en las intervenciones con estos temas. No basta con realizar estudios cuantitativos en adultos mayores, realizar

estudios con enfoque metodológico mixto ayuda a conocer cuáles son sus necesidades específicas, mediante la utilización primordial del diálogo terapéutico y conociendo las percepciones y posturas personales de las pacientes.

Referencias

- Cámara de Diputados, LX Legislatura. (2008). *Situación de las mujeres adultas mayores indígenas en México*, Recuperado de http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_8.pdf
- Castro, L. R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la vigorexia*. Tesis doctoral. Universidad de Jaén. ISBN 978-84-8439-515-7. Recuperado de <http://docplayer.es/5747482-Universidad-de-jaen-facultad-de-humanidades-y-ciencias-de-la-educacion-departamento-de-la-expresion-musical-plastica-y-corporal.html>
- Creswell, J., & Plano C. V. (2008). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Organizational Research Methods October 2009 12: 801-804, first published on August 15.
- Chávez, C. M. A. (2016). *Ejercicio físico y su efecto sobre el equilibrio en las actividades funcionales, en pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico San José-Lima 2016*, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de [\(p.%202024\)](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5000/Chavez_cm.pdf;jsessionid=80C35EEB007156624F782C984CAA0167?sequence=3%20(p.%202024))
- González, C. (2010). *Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México*. Instituto Nacional de Geriatría. El envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria. Recuperado de http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento_humano.pdf
- Gordon, M. (2010). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Décima edición. Elsevier mosby.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Censo de Población y Vivienda. Perfil sociodemográfico de adultos mayores México, c2014*. viii, 224 Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- Iparraguirre, L. S. P., & Vasquez, V. J. (2015). *Factores socioculturales y la autoestima del adulto mayor del asilo San Francisco de Asís Huamachuco*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo [Internet]. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/846/1641.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Moya, S. G. C., & Vayas V. W. A. (2016). *Calidad de vida de los adultos mayores, del asilo de ancianos Señor de los Remedios, del Cantón Píllaro en el año 2016*. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5170/1/PIUAMED042-2016.pdf>

- Quintero, Á. León J., & Henao, M. E. & Villamil, M. M. (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. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
- Ramírez, G. C. (2012). *De lo cotidiano a lo espiritual en Puerto Rico*, [en línea] Recuperado de: <http://carlosmramirezgonzalez.blogspot.com/2012/09/>
- Rivera, L. A., & Montero L. L. M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, [en línea] 30(1), pp.39-47. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/26475900_Medidas_de_afrontamiento_religioso_y_espiritualidad_en_adultos_mayores_mexicanos
- Rodríguez, E. M., Corona G. D., & Goñi, L. (2008). *Creatividad del adulto mayor*. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca: CIGOME
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2010). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. Recuperado de https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epi_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf
- Swanson, K. M. (1995). Response to "The Power of Human Caring: Early Recognition of Patient Problems". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 9(4), 319-321. Recuperado de http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032550.pdf
- Vázquez, P. F. (2004). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. *Estudios fronterizos*, 5(9), 131-135. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612004000100006
- Zapata, F. H. (2001). Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología* [en línea]. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>

Notas de autor

- a Contribución en el artículo: autora principal, construcción y escritura del artículo
- b Contribución en el artículo: análisis de datos, discusión y escritura del artículo
- c Contribución en el artículo: análisis de datos, discusión y escritura del artículo
- d Contribución en el artículo: tratamiento y evaluación estadística
- e Contribución en el artículo: tratamiento y evaluación estadística
- f Contribución en el artículo: tratamiento y evaluación estadística