



Aquichán

ISSN: 1657-5997

Universidad de La Sabana

Vargas-Santillán, María de Lourdes; Arana-Gómez, Beatriz;
García-Hernández, María de Lourdes; Ruelas-González, María
Guadalupe; Melguizo-Herrera, Estela; Ruiz-Martínez, Ana Olivia
Significado de salud: la vivencia del adulto mayor
Aquichán, vol. 17, núm. 2, 2017, Abril-Junio, pp. 171-182
Universidad de La Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74153575006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

 redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

María de Lourdes Vargas-Santillán¹
Beatriz Arana-Gómez²
María de Lourdes García-Hernández³
María Guadalupe Ruelas-González⁴
Estela Melguizo-Herrera⁵
Ana Olivia Ruiz-Martínez⁶

Significado de salud: la vivencia del adulto mayor

RESUMEN

Durante la vejez, el significado de salud se basa en alcanzar un estado de bienestar; por ello, es importante comprender los factores que benefician o afectan el logro de este propósito. **Objetivo:** analizar los significados de salud que los adultos mayores construyen a partir de sus vivencias y experiencias. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa con técnica de análisis de contenido y entrevista semiestructurada. Participaron veinte adultos mayores, que acudieron a un centro de atención geriátrica, seleccionados de manera intencionada y determinada por índice de saturación. **Resultados:** el significado de salud se manifiesta en la capacidad de poder hacer cosas; así, la salud se concibe como un medio útil para obtener un beneficio, ya sea material, moral o físico. Los vínculos familiares son importantes, incluso los comparan con la salud; también, identifican la salud con la ausencia de dolor y enfermedad. **Conclusión:** la salud del adulto mayor es vivida en contexto familiar; el bienestar es percibido como la capacidad de hacer cosas, aunque el dolor y la enfermedad estén presentes.

PALABRAS CLAVE

Enfermería geriátrica; anciano; percepción; relaciones familiares; atención de enfermería (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Vargas-Santillán ML, Arana-Gómez B, García-Hernández ML, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017; 17(2): 171-182. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6

- 1 orcid.org/0000-0002-9089-6423. Centro Universitario UAEM, Zumpango, México. mlvargass@uaemex.mx
- 2 orcid.org/0000-0002-5177-4220. Universidad Autónoma del Estado de México, México. baranag@uaemex.mx
- 3 orcid.org/0000-0001-8422-0665. Universidad Autónoma del Estado de México, México. mlgarciiah@uaemex.mx
- 4 orcid.org/0000-0002-9692-3509. Instituto Nacional de Salud Pública, México. guadalupe.ruelas@insp.mx
- 5 orcid.org/0000-0002-8087-9718. Universidad de Cartagena, Colombia. emelguizoh@unicartagena.edu.co
- 6 orcid.org/0000-0002-9286-5946. Centro Universitario UAEM, Zumpango, México. aorizum@uaemex.mx

Recibido: 15 de junio de 2016
Enviado a pares: 18 de julio de 2016
Aceptado por pares: 13 de octubre de 2016
Aprobado: 19 de octubre de 2016

Meaning of Health: The Experience of the Elderly

ABSTRACT

The meaning of health during old age is based on achieving a state of well-being. Therefore, it is important to understand the factors that benefit or affect accomplishing that goal. **Objective:** Analyze what health means to older adults, based on their experiences. **Materials and methods:** This is a qualitative study based on content analysis and semi-structured interviews. Twenty elderly adults who frequented a geriatric care center were selected intentionally and determined by means of a saturation index. **Results:** The meaning of health is manifest in the ability to do things. Accordingly, health is conceived as a useful means to obtain a benefit, be it material, moral or physical. Family ties are important and were even compared to health. The participants also equated health with the absence of pain and disease. **Conclusion:** Health is experienced by the elderly in a family context. Well-being is perceived as the ability to do things, even if pain and illness are present.

KEYWORDS

Geriatric nursing; the elderly; perception; family relationships; nursing care (Source: DeCS, BIREME).

Significado de saúde: a vivência do idoso

RESUMO

Durante a velhice, o significado de saúde está baseado em atingir um estado de bem-estar; por isso, é importante compreender os fatores que beneficiam ou afetam conquistar esse propósito. **Objetivo:** analisar os significados de saúde que os idosos constroem a partir de suas vivências e experiências. **Materiais e método:** pesquisa qualitativa com técnica de análise de conteúdo e entrevista semiestruturada. Participaram vinte idosos que foram a um centro de atenção geriátrica, selecionados de maneira intencionada e determinada por índice de saturação. **Resultados:** o significado de saúde se manifesta na capacidade de poder fazer coisas; assim, a saúde é concebida como um meio útil para obter um benefício — material, moral ou físico. Os vínculos familiares são importantes, inclusive os comparam com a saúde; também identificam a saúde com a ausência de dor e doença. **Conclusões:** a saúde do idoso é vivida em contexto familiar; o bem-estar é percebido como a capacidade de fazer coisas, embora a dor e a doença estejam presentes.

PALAVRAS CHAVE

Ancião; atenção em enfermagem; enfermagem geriátrica; percepção; relações familiares (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha posicionado el concepto de salud centrado en aspectos positivistas relacionados con tres dimensiones que integran al ser humano: física, mental y social. En el caso de los adultos mayores (AM), la salud está prioritariamente enfocada en mantener la autonomía y la funcionalidad (1, 2); sin embargo, la OMS ha cuestionado que medir y fomentar la salud del AM tomando como parámetro principal la presencia o ausencia de enfermedad o discapacidad es insuficiente, dada la complejidad y variedad de los estados de salud y funcionalidad que caracterizan esta etapa de la vida. Por tanto, sugiere explorar nuevos conceptos basados en las repercusiones que la salud tiene sobre el bienestar subjetivo del AM (3).

La salud es el estado idealizado al que todo ser humano aspira; en el caso de los AM, que son conscientes de sus limitaciones producto de la edad y los estereotipos sociales sobre la vejez; estas concepciones y percepciones acerca de lo que para ellos puede significar la salud sufren modificaciones (4). La autopercepción del estado de salud es influenciada por diversos factores que no necesariamente tienen relación con el estado físico y funcional, sino que dependen de circunstancias personales y contextuales; aspectos que van más allá de lo que para el médico puede ser relevante en la clínica (5-7). Estudios acerca del significado de salud en AM han encontrado que esta se encuentra relacionada con aspectos físicos como el no estar enfermo, no tener dolor y valerse por sí mismo, pero también con aspectos económicos como tener dinero, trabajar y estar pensionado (8-11), y sociales y familiares como el salir de casa, no vivir solo o estar rodeado de la familia (12, 13). Estas concepciones no se pueden generalizar, pero son de interés para conocer los aspectos que directa o indirectamente podrían influir en la percepción del estado de salud con la que el AM lidia en la cotidianidad, con sus particularidades culturales y socioeconómicas.

En el Estado de México, durante el 2014, se inició un programa de atención al AM, con base en la creación de clínicas geriátricas que otorgan atención médica, gerontológica, psicológica, dental, nutricional, fisiátrica y de enfermería. La experiencia clínica ha llevado a desarrollar un sistema de referencia interna entre los diferentes especialistas de manera improvisada, que ha permitido identificar problemas de salud que se encuentran interrelacionados con situaciones específicas que viven los AM. A partir de estas experiencias surgió el interés por conocer en

qué forma estos aspectos afectaban los significados de salud en dichos pacientes a partir de sus vivencias, con el propósito de identificar elementos que podrían ser infravalorados y que requieran de atención multidisciplinar en estas clínicas de reciente creación en México.

Por esta razón, la propuesta de este estudio es analizar los significados de salud de AM residentes en una comunidad del Estado de México que acuden a una clínica geriátrica.

Materiales y métodos

Investigación con enfoque cualitativo utilizando el análisis de contenido. La población estudiada fue la de AM que acuden a una Clínica de Atención Geriátrica de una comunidad del Estado de México. Para definir la muestra se utilizó un muestreo por conveniencia con determinación en el índice de saturación, para un total de veinte participantes (tabla 1). Se seleccionaron AM que no presentaran deterioro cognitivo, se tomó como base la valoración de la Escala rápida Mini-mental State Folstein (1975), y con capacidad de expresarse y comunicarse. La información se obtuvo por medio de entrevistas semiestructuradas, algunas preguntas base fueron: ¿qué opina de su vida actual?, descríbala; ¿cómo considera su estado de salud y por qué?; ¿cómo se siente tener salud?; descríbame momentos, situaciones o experiencias en las que se percibe con salud y con mala salud. También se indagaron aspectos sociodemográficos y enfermedades presentes. Las entrevistas fueron grabadas con la autorización previa de los participantes; una vez transcritas, fueron validadas por los participantes para su posterior análisis. La duración de cada entrevista fue de cuarenta minutos en promedio, en general se aplicó solo una por participante, a excepción de dos casos en los que los participantes difirieron con el primer reporte de análisis y se les pidió dar continuidad a la entrevista para clarificar sus narraciones. A partir de la entrevista 20 los datos no aportaron nuevos hallazgos, por lo que los investigadores decidieron que se había llegado al punto de saturación.

El análisis de contenido se basó en la técnica propuesta por Cáceres (14). Este proceso se llevó a cabo en los siguientes pasos: previo al análisis se establecieron los códigos con base en la teoría: salud como funcionalidad, salud como ausencia de enfermedad y salud como ausencia de dolor; conforme se fue analizando la información surgieron códigos emergentes como: salud como utilidad, salud como familia, etc., que complementaron los

Tabla 1. Características de los participantes

Seudónimo	Género	Edad	Estado civil	Ocupación	Dependencia económica	Enfermedades	Ámbito residencia
Carlos	Hombre	72	Viudo	Campesino	Independiente	Ninguna	Rural
Lucy	Mujer	64	Madre soltera	Hogar	Hijos	Diabetes	Rural
Beto	Hombre	74	Viudo	Profesor	Independiente	Diabetes y lesiones musculoesqueléticas	Urbana
Jovita	Mujer	66	Separada	Comerciante	Independiente	Depresión, hipertensión, migraña y dolencias	Urbana
Charly	Hombre	93	Casado	Artesano	Independiente	Prostatitis	Rural
Adela	Mujer	63	Casada	Hogar	Hijos y esposo	Artritis reumatoide	Rural
Magaly	Mujer	66	Madre soltera	Comerciante	Independiente	Diabetes, artritis reumatoide	Rural
Gaby	Mujer	67	Casada	Hogar	Hijos y esposo	Cáncer de mama, hipertensión	Urbana
Eduardo	Hombre	67	Casado	Comerciante	Independiente	Diabetes e hipertensión	Urbana
Pepe	Hombre	74	Casado	Jubilado	Independiente	Diabetes e hipertensión	Urbana
Paty	Mujer	69	Viuda	Hogar, pensionada	Independiente	Hipertensión, lesiones musculoesqueléticas	Rural
María	Mujer	63	Casada	Hogar	Dependiente Esposo	Depresión	Rural
Rosalba	Mujer	63	Separada	Comerciante	Independiente	Hipertensa, Lesión musculoesquelética, colitis y gastritis	Urbana
Pilar	Mujer	74	Casada	Hogar/dependencia física	Dependiente hijos	Diabetes, hipertensión, fractura de pelvis	Rural
Evelyn	Mujer	64	Viuda	Pensionada	Independiente	Artritis reumatoide	Urbana
Antonio	Hombre	71	Casado	Campesino	Independiente	Prostatitis	Rural
Jesús	Hombre	69	Casado	Campesino	Independiente	Ninguna	Rural
Emilio	Hombre	81	Casado	Campesino	Independiente	Ninguna	Urbana
Alfredo	Hombre	75	Casado	Fontanero	Independiente	Ninguna	Urbana
Andrés	Hombre	78	Casado	Pensionado	Independiente	Ninguna	Urbana

Fuente: entrevistas.

Tabla 2. Proceso de categorización

Categorías definitivas	Precategorías	Códigos
"Estar bien con la familia"	Sintiendo que realmente se vive	Sentir la vida
		Sentir emoción
		Sentirse bendecido
		Sentirse amado por mi familia
		Sentir que se ama
		Sentirse contento
		Sentirse positivo
	Teniendo ganas de vivir	Sentir ansias de vivir para disfrutar mi familia
		Sentir ganas de cuidarse o que haya quien nos cuide
	Estando bien emocionalmente	Estar bien espiritualmente
		No tener rencor
		No tener odio
		Querer a la familia
		Querer a toda la gente
		La malas emociones afectan la salud
	Sintiendo que los hijos están bien	Sentir que los hijos están bien
		Ver que los hijos triunfan
		Estar con los hijos
	Sintiéndose integrado con la pareja	Ver que la pareja lo quiere a uno
		Uno quiere a la pareja
	Evitando darles molestias a los hijos	Estar bien físicamente para no dar molestias ni preocupaciones a los hijos
		No depender
		Es triste depender de los hijos
	Disfrutando de la vida con los hijos	Disfrutar de la vida con mis hijos
		Lo más grande de la vida son mis hijos
"Ausencia de dolor y enfermedad"	Idealizando la salud	Estar bien
		No enfermarse
		No quejarse
		No tener la enfermedad
		Estar al 100%
		No tener dolor
		Estar bien de todas las partes del cuerpo
	Estando conscientes de sus limitaciones	A esta edad todo tiene uno

Categorías definitivas	Precategorías	Códigos
"Poder hacer"	Adaptándose al dolor y las molestias por medio del movimiento	Mientras se ande parado se adapta
		No desesperarse
		Adaptarse a todo
		Adaptarse al calor
		Adaptarse al frío
		Atenuar el dolor
		Estar tranquilo
		No importa que duela
		No estar nada más allí sentada porque uno se encoge de los pies
		No alterarse de la presión
	Sintiéndose a través del movimiento	Levantarse
		Estar parada
		Poder moverme
		Andar
		No estar tirada en cama
		Andar de allá para acá
		Estar caminando
	Motivándose para hacer	Tener ganas de correr
		Tener ganas de comer
		Tener ganas de pensar
		Hacer algo
		No olvidar
		Hacer ejercicio
	Haciendo para no pensar en morir	Ya me hubiera muerto de no poder hacer
		Evitar pensar en morir
		Es una distracción
	Siendo funcional	Estar en posibilidades
		Trabajar
		Siempre he trabajado
		Me gusta todavía trabajar
		Salud para trabajar
		Desempeñar cualquier actividad

Categorías definitivas	Precategorías	Códigos
"Poder hacer"	Siendo funcional	Duele tener que valerse por sí mismo
		Beneficios económicos
		Sufragar gastos de la vida diaria
		No depender de aparatos
		Levantarse
		No molestar a los hijos
		Es triste depender
		Poder servir

Fuente: entrevistas.

códigos iniciales (tabla 2), que fueron consensuados por los investigadores de manera constante. Posteriormente, se fueron integrando los códigos preestablecidos con los emergentes, estos se reagruparon para reducir los datos con base en una ponderación y con el propósito de representar los distintos significados se construyeron tres categorías, las cuales fueron consensuadas por los investigadores mediante un trabajo colectivo permanente (tabla 2). Las categorías se definieron e interpretaron a partir de un análisis comparativo entre la teoría y los significados empíricos encontrados. Para garantizar la calidad del análisis cualitativo se consideraron los aspectos de credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y adecuación teórica.

Los aspectos éticos considerados se basaron en la norma de la Ley General de Salud, artículo 17-1, que por sus características la clasifica como una investigación sin riesgo; además, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Los AM firmaron el consentimiento informado previa explicación del objetivo, y para asegurar la confidencialidad se utilizaron seudónimos que los participantes sugirieron.

Resultados

Se entrevistaron 20 AM con edades entre los 63 a 93 años, de los cuales 10 fueron del género masculino y 10 del femenino; 10 manifestaron vivir en zona rural y 10 en zona urbana. Las enfermedades de mayor frecuencia que autorreportaron los AM son crónico-degenerativas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión

arterial y artritis reumatoide; además tres AM sin enfermedad previamente diagnosticada. La percepción de tener mala salud se presentó en 5 de las 10 mujeres, en comparación con los hombres quienes en general se percibieron con buena salud.

El análisis permitió construir las siguientes categorías relacionadas con el significado de salud:

La salud como "poder hacer"

El adulto mayor experimenta la salud cuando percibe que puede hacer cosas, este "poder hacer" fue expresado en diferentes niveles de capacidad, desde la capacidad de moverse para valerse por sí mismo y evitar la dependencia física, hasta la de trabajar para lograr la autosuficiencia económica. Estas formas de concebir la salud dependían de la situación en la que se encontraba cada AM; por ejemplo, si contaban con el apoyo de la familia, los medios económicos para solventar sus necesidades de salud, si trabajaban, si vivían solos o acompañados, o el tipo de enfermedad que padecían.

El "poder hacer" como significado de salud fue interpretado como una necesidad vital en los casos de AM con poca solvencia económica, y se relacionó con autonomía y dignidad en los AM con dependencia física; ambas construcciones fueron asociadas a sentirse útil.

"...¡Me da gusto de ver la cosecha de mi trabajo!... yo no pienso en otra cosa más que en trabajar para vivir... para mí es una

distracción, me siento a gusto de trabajar porque si ya no pudiera, yo creo que entonces sí, ya me hubiera muerto de decir ya no puedo... al contrario, yo le pido a Dios que me deje otros años más con salud, de lo que me haga falta yo veré en dónde lo consigo, en dónde lo hallo, en dónde lo busco". (Carlos)

El "poder hacer" también fue relacionado con la reafirmación de un autoconcepto positivo y la preservación de su autoestima, aspectos que parecen ayudarlos a conservar un estatus social valorado a partir de sus capacidades físicas. Poder servir y sentirse útiles representan la posibilidad de considerarse integrados en la sociedad.

Además, es necesario contextualizar que los AM trabajaron toda su vida, provienen de generaciones en donde el trabajo duro se consideraba una forma de vida, por tanto, trabajar es una satisfacción en algunos casos; y no importa si esto repercute en el estado físico.

"...yo me siento muy satisfecha que yo esté así, porque gracias a Dios, me he acabado de mis huesos, porque si yo hubiera sido floja no me sentiría contenta, porque diría yo: he desperdiciado mi vida, pero como la hemos aprovechado... decía mi marido: mira, trabajes o no trabajes, te vas a morir, dice, lo más bonito es mejor que trabajemos y satisfecha te vas a morir y tiene razón porque si no lo hubiera yo hecho, ¿qué satisfacciones me iba yo a llevar?, al menos así me siento satisfecha, digo: Dios mío, me he acabado de mis huesos, de lo que tú quieras, pero satisfecha, porque sanamente estoy aquí en mi hogar, con mis hijos, tranquila y feliz". (Adela)

No obstante, es necesario puntualizar que la importancia que el AM le da a la capacidad de hacer se encuentra influenciada por la necesidad de sobrevivir, especialmente en los casos en donde se vive solo y no se cuenta con el apoyo de la familia. Cuando el "poder hacer" se convierte en una necesidad, entonces se sufre y sale de un contexto de salud: "es estar al cien por ciento, pues no tener enfermedades, nada de lo que yo tengo, porque la verdad para mí es muy doloroso estar enferma, porque tengo que trabajar para valerme por mí misma". (Rosalba)

Los adultos mayores establecen una relación directa entre movimiento y sentirse bien, sentirse vivo. Por tanto, la merma en el movimiento es interpretada como la pérdida de independencia, la falta de movimiento, del poder hacer, de la libertad de decidir a

dónde ir y qué hacer; que en consecuencia también los afecta física y emocionalmente: "por lo menos poder caminar, estar lúcido, no tener que depender de aparatos, caminar, con que camine uno bien y se levante uno tranquilo, ya para mí eso es salud". (Evelyn)

También el "poder hacer" como salud le permite al AM olvidarse de sí mismo, de sus enfermedades, dolencias, nostalgias, y concentrarse en las cosas de la vida; por el contrario, caer en cama produce temor e incertidumbre, le hace pensarse vulnerable, sentir que ya no va a levantarse más; quizá por esta razón, la salud se vivencia en formas de ocupación que distraen y permiten concentrarse en vivir: "es poder moverme y poder servir en lo que pueda... es una satisfacción para mí porque me tiene tranquilo, no estar pensando que me vaya a morir". (Charly)

La salud como el "estar bien con la familia"

Esta categoría se refiere a las formas en que el AM experimenta la vida, disfruta y goza de estar sano. Al pedirles que describieran los sucesos en donde se perciben sanos y disfrutan de esta condición, inmediatamente piensan en situaciones familiares, expresándolo como "estar bien con la familia". Esta relación salud/familia es entendible pues es en el entorno familiar en donde el AM construye y da sentido a su vida.

La salud como el "estar bien con la familia" dependió de aspectos como el papel dentro del entorno familiar, el apoyo y la atención que le presten los integrantes de la familia: "no me preocupa [la enfermedad], no estoy viviendo la enfermedad, yo estoy viviendo mi momento, yo vivo a mis hijos, vivo a mi familia, vivo a mis nietos, estoy contento con ellos y las enfermedades pues, no las tomo en cuenta". (Pepe)

El papel que ejerce la familia dentro de las formas de construir el significado de la salud en los AM es muy importante; aunque este aspecto no fue medido en esta población en contextos de alberges, sí puede decirse que la familia forma parte de la construcción de escenarios en donde se vivencia el disfrutar de la salud.

También se encontró la posibilidad de tener conflictos con la familia, situación que representa el antónimo del significado de salud. Esta condición generalmente viene representada por la falta de atención que el grupo familiar tenga hacia el AM, aunque vivan

juntos; el abandono, o incluso el hecho de que los hijos tengan problemas, representa para los AM una forma de no tener salud, de vivir intranquilos y preocupados por ellos: "porque uno sabe, como madre uno presiente cuando su hijo tiene problemas... ellos no te dicen pero yo lo sé; porque vienen y no están bien... entonces no duermo y no más pienso que yo quisiera arreglarle su problema... yo no vivo tranquila". (Jovita)

La salud como ausencia de dolor y enfermedad

Los AM tienen presente el concepto de salud ampliamente difundido en la sociedad como la ausencia de enfermedad y dolor; de tal forma que les resultaba muy complicado definir a partir de sus propias vivencias y palabras un concepto de salud propio; sin embargo, coincidieron en que aunque este concepto no siempre estaba a su alcance, por medio de adaptaciones del medio ambiente podían subsanar síntomas como el dolor, la enfermedad, la tristeza y la falta de movimiento. No obstante, en el discurso de la vivencia se percibían con salud. Esta situación los llevó a reflexionar acerca de que la salud no solo implicaba aspectos físicos: "salud es que uno esté bien, que no tenga nada, pero llegando a la edad todo tiene uno... pero yo veo a tantos jóvenes sin ganas, sin aspiraciones ... y yo me digo que estoy bien, que estoy sano". (Ernesto)

Discusión

Los significados de la salud que expresaron los AM estudiados a partir de sus vivencias dieron lugar a tres categorías: "poder hacer", "estar bien con la familia" y "no tener dolor y enfermedad". Estos tres componentes coinciden con los significados encontrados en la metasíntesis hecha por Song y Kong (15) quienes, al analizar las investigaciones hechas durante las dos últimas décadas en diferentes poblaciones y bajo el método de investigación cualitativa, encontraron temas similares, denominándolos "la salud como capacidad de hacer algo de forma independiente", "la ausencia de síntomas" y "la conexión con lo demás"; lo que coincide con las categorías encontradas. De igual forma, la "capacidad de hacer" fue el tema central encontrado en estos estudios.

El estar bien o mal con la familia representaron aspectos que influyen en la vivencia de la salud y la enfermedad del AM. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, cuando el ambiente familiar es inhóspito

se convierte en campo propicio para la enfermedad. Estudios demuestran que en el caso positivo se ha comprobado que el apoyo social —en específico el apoyo familiar a partir de la convivencia, el contacto físico, el afecto, la compañía y la protección— sirve como protector ante la presencia de enfermedad y discapacidad, y hace al AM más resistente a los problemas de salud; de la misma manera, influye en la disminución de días de hospitalización (12, 16-19). Las implicaciones negativas de la relación con la familia y el significado de salud se encuentran entremezcladas por factores que, en muchos casos, no son controlados por los familiares; por ejemplo, la situación económica de la familia, la falta de recursos para brindar la atención que requiere el AM (20), la necesidad de trabajar fuera, la desintegración del hogar y la falta de cultura de apoyo al AM; estos factores actúan como determinantes sociales que influyen indirectamente en la vivencia de la mala salud de los AM y que no son considerados en la clínica. Estas situaciones suelen presentarse en hogares intergeneracionales, muchas veces a causa de problemas económicos frecuentemente vistos en el contexto latinoamericano (21, 22).

Song y Kong, además, encontraron que la categoría "conectividad con los otros" como concepto de salud implicaba no solo el contacto familiar, sino otras redes de apoyo, como amigos, vecinos, la relación con Dios y su relación con lo geográfico y lo social. Sin embargo, estos aspectos no fueron expresados por los AM de este estudio, considerando fundamentalmente a la familia como su principal soporte; este aspecto pudiera verse influenciado por aspectos culturales en las relaciones familiares dentro del contexto de México, muy a pesar de los problemas sociales y económicos que dificultan su interacción (23).

La salud vivenciada a partir del "poder hacer" implicó el poder moverse, ser funcional y, en su caso, trabajar. Estos significados ya se han reportado en otras investigaciones (8, 9, 11) y en AM en condición de pobreza y discapacidad (24). A diferencia de estos estudios, además de constituirse como una necesidad económica en los participantes, se percibe el beneficio moral de ser autosuficientes, sentirse útiles y tener un rol social, lo que coincide con lo reportado por Cardona-Arias *et al.* (13) en adultos mayores institucionalizados en Colombia.

Por otro lado, este "poder hacer" también es vivenciado como una manera de evitar pensar y estar consciente ante la idea de morir, lo que representa, desde un enfoque existencialista, la garantía de que estamos viviendo, estamos en-el-mundo, existimos (25).

El AM es consciente de que por sus condiciones físicas, la enfermedad y el dolor son una posibilidad, por tanto, el significado de salud que poseen no se sustenta únicamente en el aspecto físico, por lo que se puede considerar que en el caso de las personas que están en un proceso de cronicidad y discapacidad, esta puede no ser la única forma en que se puede concebir la salud. Los AM no solo se ven afectados por el dolor y la enfermedad, también por las implicaciones que estas representan para continuar con sus vidas en lo económico, alimentario, familiar y social, en donde el soporte social y familiar representa un aliado fundamental (26). Por otro lado, ajustan sus actividades y buscan maneras de atenuar sus molestias físicas, con el propósito de que no interfieran demasiado en sus vidas, en la medida de sus posibilidades.

Conclusiones

El significado de salud en el AM se vive y experimenta a través de tres aspectos: la capacidad de hacer cosas, el estar en armonía con la familia y el bienestar físico controlando y adaptándose al dolor y la enfermedad. Estos significados de salud proponen reconocer la importancia y poner atención en la calidad de las relaciones familiares del AM, así como reorientar las capacidades físicas en sus contextos de convivencia y no solo sustentados en la funcionalidad o ausencia de enfermedad.

El estudio aporta información acerca de cómo se vive la salud en la vejez según el género. Las mujeres en México tradicionalmente desempeñan roles funcionales en el ámbito familiar, que influyen de manera muy importante en el significado de salud. El hombre se enfoca mayormente en su rol de proveedor, y cuando se jubila este significado se ve afectado. Tomando como referencia estos resultados, se considera pertinente implementar estrategias que cambien este paradigma mental en los AM, tales como el uso de terapias ocupacionales que resignifiquen el autoconcepto de ser AM, que podrían ir desde el hábito de realizar las tareas más sencillas en el hogar, hasta aquellas que les permitan interactuar con su entorno para que, por medio de ellas, la percepción de que pueden seguir aportando a la sociedad sea mayor.

Limitaciones del estudio. Una de las limitaciones está relacionada con el tipo de participantes, lo que lleva a sugerir continuar la investigación en otros contextos, como albergues, dado que el significado de la salud está condicionado por el contexto y no es único; en este caso, la población estuvo delimitada a AM domiciliados, sin embargo, es importante reconocer que sus necesidades de salud son muy variadas, esto podría ampliar la comprensión de la influencia familiar en la vivencia de la salud.

Referencias

1. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Green-gross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet* 2012;379 (9823):1295-1296.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
3. OMS. Resumen. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud; 2015.
4. OMS. La buena salud añade vida a los años. Información general para el día mundial de la salud 2012 [visitado: 2016 octubre 18]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf
5. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996.
6. Feyto L. La definición de salud. *Revista Diálogo Filosófico*. 1996;34:61-84. [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=104381>
7. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. 1997;4(2):287-307. [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>
8. Castaño-Vergara D, Cardona-Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev Salud pública*. 2015;17(2):171-183. [Citado 2 de feb 2016]. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>

9. Castillo-Carniglia A, Albala C, Dangour A, Uauy R. Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(5):414-420. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.021>
10. Melguizo E. Cultura del cuidado de la salud. Cartagena: Editorial Universitaria, Universidad de Cartagena; 2012; p. 79-82.
11. Aldana G, Fonseca H, García G. El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*. 2013;14(4):1067-1079. [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/art37.pdf>
12. Zapata-López B, Delgado-Villamizar N, Cardona-Arango D. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia, 2011. *Rev Salud pública*. 2015;17(6):848-860. [Citado 5 de feb 2016]. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>
13. Cardona-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Cienc Salud*. 2014;12(2):139-55. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01
14. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido. *Psicoperspectivas*. Chile. 2003;2(3):53-82. [Citado 5 de feb 2016]. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
15. Song M, Kong E. Older adults definitions of health: metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52:1097-1106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001> [Citado 5 de feb 2016]. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001>
16. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*. 2012;20(2):23-29. [Citado 5 de feb 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.
17. Sousa P, Dos Santos T. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. 2014;22(5):874-882.
18. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev Med Electrón*. 2012;33(4):472-483. [Citado 5 de feb 2016]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu10411.pdf>
19. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida en los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31:492-502.
20. Flores G, Rivas R, Seguel P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(1):29-41.
21. Martínez-Buján R. La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de relaciones laborales*. 2011(29):93-123.
22. Quiroga P. Prácticas cotidianas de los adultos mayores en el contexto familiar latinoamericano. *Oculum Ensaos*. 2015;12(1):49-59.
23. Vázquez-Palacios F. Envejeciendo en las tradicionales y nuevas ruralidades. *Intersticios sociales*. 2013;(5):1-29. [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642013000100007&lng=es&nrm=iso.
24. Meguizo H, Alzate M. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av Enfer* 2010;28:61-72. [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21450/22445>
25. Rillo G. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. *Rev Hum Med*. 2008;8(1). [Citado 2 de feb 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000100002&lng=es
26. Rodríguez A, Collazo M, Álvarez L, Calero J, Castañeda I, Gálvez M. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(3):401-412.