



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Evaluación de los programas de salud del
adulto mayor y el profesional de enfermería
de la comunidad en Ciudad Victoria, México.

Una investigación – acción evaluativa,
etnográfica y enfermera de impacto

Cinthy Patricia Ibarra González

Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

TESIS DOCTORAL

**Evaluación de los programas de
salud del adulto mayor y el
profesional de enfermería de la
comunidad en Ciudad Victoria,
México.**

**Una investigación – acción evaluativa, etnográfica
y enfermera de impacto.**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Tesis Doctoral



UNIVERSIDAD DE ALICANTE

**Evaluación de los programas de
salud del adulto mayor y el
profesional de enfermería de la
comunidad en Ciudad Victoria,
México.**

Una investigación – acción evaluativa, etnográfica y
enfermera de impacto.

Presentado por:

Cinthy Patricia Ibarra González

Dirigido por:

Dr. Manuel Lillo Crespo

Dra. Isabel Casabona Martínez

Área de Enfermería

OCTUBRE 2012

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DE ALICANTE

El que suscribe, **D. Manuel Lillo Crespo**, catedrático de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante,

CERTIFICA:

Que la memoria para optar al grado de Doctor realizada por **Cinthy Patricia Ibarra González**, cuyo título es:

“Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria. Una investigación – acción evaluativa, etnográfica y enfermera de impacto.”

ha sido realizada bajo su dirección y reúne todos los requisitos para su juicio y calificación.

El que suscribe en Alicante, a Abril del 2012.

Fdo. Manuel Lillo Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos.	1
Prefacio.	3
Resumen.	5
Resum.	6
Abstract.	7
Capítulo 1. Introducción.	8
1.1. Planteamiento del fenómeno a estudiar.	9
1.2. Justificación del tema	17
1.3. Cuestiones de investigación e hipótesis conceptual.	21
1.4. Objetivos y metas del estudio.	22
1.4.1. <i>Objetivos generales.</i>	22
1.4.2. <i>Objetivos específicos.</i>	22
1.4.3. <i>Metas del estudio.</i>	23
1.5. Necesidad de estudio.	24
1.6. Trascendencia del estudio	27
Capítulo 2. Estado de la cuestión.	30
2.1. El envejecimiento de la población.	31
2.2. Las políticas, programas y acciones a favor del adulto mayor.	34
2.3. La percepción del personal de salud de enfermería por parte del adulto mayor sobre la temática de atención hacia su persona.	51
2.3.1. <i>Conociendo la situación actual del adulto mayor en México.</i>	51
2.3.2. <i>El pensar del adulto mayor ante los servicios de salud recibidos.</i>	55
2.3.3. <i>Las acciones de enfermería ante la problemática existente.</i>	57
2.4. Las necesidades del adulto mayor y las acciones para solventarlas.	59
Capítulo 3. Marco conceptual.	63
3.1. Conceptualización de adulto mayor.	64
3.2. Conceptualización de personal de enfermería.	66
3.3. Conceptualización de programa de salud.	67
3.4. Conceptualización de percepción.	68
3.5. Conceptualización de necesidad.	69

Capítulo 4. Marco teórico de enfermería.	74
Virginia Henderson y las 14 necesidades humanas.	
4.1. Marco conceptual de enfermería.	75
4.2. Modelo conceptual.	77
4.3. El modelo conceptual de la Dra. Virginia Henderson.	79
4.4. Razones para la adopción del modelo de Henderson.	86
Capítulo 5. Marco teórico.	89
Serge Moscovici y las representaciones sociales.	
5.1. Bases, definición e interpretación de la representación social.	90
5.2. Nociones de las representaciones sociales.	93
5.3. Elementos y organización de las representaciones sociales.	96
5.4. Construcción de las representaciones sociales.	101
5.5. El pensar del adulto mayor bajo el modelo de Moscovici.	106
Capítulo 6. Metodología.	111
6.1. Método y diseño de estudio.	112
6.2. Población de estudio.	117
6.2.1. <i>Población Diana.</i>	117
6.2.2. <i>Muestra.</i>	118
6.2.3. <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.</i>	119
6.3. Posición del investigador principal en el contexto.	121
6.4. Informantes del estudio.	122
6.4.1. <i>Informantes privilegiados.</i>	122
6.4.2. <i>Informantes generales.</i>	122
6.5. Instrumentos y técnicas para la investigación.	123
6.5.1. <i>Técnicas en relación al investigador principal.</i>	123
6.5.2. <i>Técnicas en relación a la muestra del estudio.</i>	125
6.5.3. <i>Técnicas en relación a los informantes del estudio.</i>	127
6.6. Contextualización y ubicación de la investigación.	129
6.7. Fases de estudio.	130
6.8. Bases de datos consultadas y catálogos bibliográficos.	132
6.9. Análisis de los resultados.	134
6.9.1. <i>Análisis de las representaciones sociales.</i>	134
6.10. Consideraciones éticas.	137
6.10.1. <i>De la Ley General de Salud.</i>	137
6.10.2. <i>De la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.</i>	138
6.10.3. <i>Reglamento de Investigación de la Universidad Autónoma de Tamaulipas</i>	140

Capítulo 7. Análisis de resultados.	142
7.1. Resultados obtenidos del primer grupo de investigación. GAM de la Colonia Estudiantil – Echeverría	143
7.1.1. <i>Clasificación y categorización de la respuesta viva.</i>	143
7.1.2. <i>Observaciones recabadas en base a las entrevistas.</i>	156
7.1.2.1. <i>Entrevista al GAM.</i>	156
7.1.2.2. <i>Entrevista al líder del grupo</i>	166
7.1.2.3. <i>Entrevista al personal de enfermería</i>	171
7.2. Resultados obtenidos del segundo grupo de investigación. Adultos mayores asistentes a la “Mesa del señor”	175
7.2.1. <i>Clasificación y categorización de la respuesta viva.</i>	175
7.2.2. <i>Observaciones recabadas en base a las entrevistas.</i>	184
7.2.2.1. <i>Entrevista al GAM.</i>	184
7.2.2.2. <i>Entrevista al líder del grupo</i>	192
7.2.2.3. <i>Entrevista al personal de enfermería</i>	196
Capítulo 8. Discusión de los resultados.	213
8.1. Criterios de validez y ventajas del estudio.	214
8.2. Limitaciones del estudio.	221
8.3. Las necesidades detectadas y percibidas por el adulto mayor sobre los programas de salud	222
8.4. La participación del personal de enfermería en la implementación de los programas de salud desde la perspectiva conjunta del adulto mayor y del personal de enfermería	231
8.5. Acciones implementadas en base a los resultados obtenidos.	237
8.5.1. <i>Formación del profesional de enfermería con orientación y énfasis en gerontología y geriatría en la Facultad de Enfermería Victoria.</i>	237
8.5.2. <i>Gestión de la estancia del adulto mayor por parte de la Facultad de Enfermería Victoria en la Universidad Autónoma de Tamaulipas.</i>	242
Capítulo 9. Conclusiones.	245
Bibliografía	252
Anexos	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la población con 60 años o más. Fuente (Population Ageing and Development, 2009)	9
Figura 2. Distribución de la población de adultos mayores a nivel nacional (INEGI, 2010).	11
Figura 3. Distribución de los adultos mayores a nivel estatal. (INEGI, 2010)	15
Figura 4. Distribución de los principales núcleos de población de adulto mayor en Ciudad Victoria (INEGI, 2010)	16
Figura 5. Sistema triádico de interacción de la información. S=Sujeto, O=Objeto, A=Alter (Comunidad).	101
Figura 6. Sistema triádico entre el adulto mayor, el personal de enfermería y el alter, para la obtención de la percepción sobre el personal de enfermería.	108
Figura 7. Sistema triádico entre adulto mayor, los programas para el adulto mayor y el alter, para la obtención de la percepción sobre los programas sociales en beneficio del adulto mayor.	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cifras de los programas de la Dirección de Atención al Adulto Mayor en el año 2009.	50
Tabla 2. Los sistemas de Claude Abric (1976).	100



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del grupo de adultos mayores del GAM.	144
Cuadro 2. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del adulto mayor líder del GAM.	151
Cuadro 3. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del personal de enfermería del CSU - Echeverría.	154
Cuadro 4. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del grupo de adultos mayores que asisten al comedor “La Mesa del Señor”	176
Cuadro 5. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del adulto mayor líder del comedor “La Mesa del Señor”.	180
Cuadro 6. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del personal de enfermería del CSU – Vicente Guerrero.	182
Cuadro 7. Cuadro matricial sobre las razones de la percepción que tiene el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Estudiantil sobre los programas de salud.	199
Cuadro 8. Cuadro matricial sobre las razones de la percepción que tiene el adulto mayor atendido en la “Mesa del Señor” de la colonia Vicente Guerrero sobre los programas de salud.	205
Cuadro 9. Cuadro matricial sobre el cuidado y la atención que lleva a cabo el personal de salud en el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Estudiantil.	207
Cuadro 10. Cuadro matricial sobre el cuidado y la atención que lleva a cabo el personal de salud en el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Vicente Guerrero.	210

AGRADECIMIENTOS

Siempre he pensado que el agradecimiento es una de las fuerzas más poderosas del ser humano porque nos hace más sensibles y humildes; para mí, se ha convertido en una manera de vivir, de ser y de estar ligada con grandes cadenas de amigos, con todas aquellas personas que en el día a día me permiten aprender algo de ellos y se dan por completo con su entusiasmo y apoyo.

Agradezco a mi familia y amigos a Luis Donaldo y Melanie mis hijos, a mi esposo Luis Vicente, por ese tiempo que me concedieron para no estar con ellos, a mi amigo José Ma. Leal Gutiérrez por el impulso y útiles comentarios, a mis asesores el Dr. Manuel Lillo Crespo y la Dra. Isabel Casabona Martínez por sus acertados consejos y su calidad humana, a mis amigos Carlos y Olga Banda, por su apoyo incondicional en este proyecto, a mis ancianitos por ser la motivación e inspiración y ponerle rostro y corazón a este proyecto; y a Dios por todo y para siempre.

Más allá de un agradecimiento, es un modesto homenaje a su cariño, comprensión y confianza.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PREFACIO

En la actualidad, el mundo ha estado en constante cambio en los diversos ámbitos en donde el hombre ha estado inmiscuido, propiciando el cambio de la visión en la atención. Como profesional de enfermería es importante recordar que una de nuestras funciones primordiales se relaciona con cubrir las necesidades percibidas en toda aquella persona que lo requiera, lo externe o no. Así pues, tenemos que nuestro campo de acción es muy amplio y a la vez complejo, puesto que no todos tienen las mismas necesidades ni mucho menos la misma manera de manifestar su sentir, tal como lo es el caso del adulto mayor.

El adulto mayor, personaje que habitualmente lo solemos llamar como “*viejito*”, “*anciano*”, “*abuelito*” por mencionar algunos, requiere de atenciones y acciones específicas para aplicar los cuidados relacionados con la preservación de su salud. Sin embargo, si bien es sabido que el profesional de enfermería realiza este tipo de acciones, no son lo suficiente para brindar y aplicar los cuidados necesarios. Esto se puede explicar ante la creciente demanda que hay de servicios de salud por parte del adulto mayor gracias a que la pirámide poblacional de México se ha estado invirtiendo de manera gradual.

Ante este fenómeno socio-demográfico, las políticas y programas sociales entran en acción para solventar estas necesidades. A nivel internacional existen diversos lineamientos en pro del adulto mayor, los cuales se basan en la cobertura de las necesidades básicas para una vida digna. Aunado a esto, cada gobierno tiene la obligación de implementar acciones para cubrir dichas necesidades a través de sus diversos órganos de gobierno, dentro de los cuales el sector salud está implicado de manera directa.

El medio por el cual se da este acercamiento entre el gobierno y los adultos mayores, se logra gracias a que la primera interacción entre estos

dos grupos es a través del personal y profesional de enfermería quienes, por su formación de servicio y su carácter humanista permiten que el encuentro sea confortable para el mismo adulto mayor. De esta forma, el adulto mayor se siente en la confianza de dar a conocer sus necesidades, sentimientos y emociones que el profesional de enfermería retoma para brindarle una buena calidad en el servicio que requiere así como el apoyo necesario para solventar en gran medida sus necesidades.

Con todo lo mencionado, el presente documento tiene como finalidad el de dar a conocer la perspectiva y la visión que tiene el adulto mayor con respecto a los programas y políticas que por principio tiene el apoyar y beneficiar a este grupo etario. No hace falta comentar que dentro de esta visión, se contempla las funciones y acciones que posee el mismo personal de enfermería que atiende a este grupo catalogado como vulnerable, puesto que a pesar de dirigirse a los cuidados que este requiere, en muchas ocasiones no se posee la formación adecuada para cubrir sus necesidades, impidiendo el desarrollo adecuado de los servicios brindados y del desarrollo de la concientización humanitaria dentro de la sociedad.

Con ello, se pretende que a través de este documento se den a conocer este pensar del adulto mayor para poder actuar de manera adecuada y oportuna en la cobertura de las necesidades que éste manifiesta. Para ello, y con base a esta información se realizarán una serie de acciones para ir solventando la problemática detectada y así poder brindar una atención y cuidados adecuados para este importante grupo de la sociedad que son nuestros adultos mayores.

Cinthya Patricia Ibarra González

RESUMEN

El personal de enfermería es el primer enlace por el cual el adulto mayor tiene contacto con los servicios brindados por el sector gubernamental. Es partícipe de múltiples actividades y acciones que se enfocan en cubrir y apoyar las necesidades que este grupo etario requiere. Ante este tipo de acciones, es importante conocer el sentir y el pensar de ellos ante los servicios y programas que brindan los diferentes órganos de gobierno.

Para tal efecto, la presente investigación de carácter cualitativo con un enfoque etnográfico y de acción – investigación, tiene como propósito general el determinar el sentir y el pensar que tiene el mismo adulto mayor sobre estos programas a los cuales tiene derecho a participar y de la forma en la cual el personal de enfermería participa en este tipo de actividades. Al mismo tiempo se pretende dar a conocer las principales necesidades que este grupo manifiesta a través de las entrevistas que se llevaron a cabo por medio de grupos focales en donde exteriorizan su sentir y pensar.

Por otro lado, las funciones del personal de enfermería también son importantes determinarlas, por lo cual para poder establecer una relación entre lo que el adulto mayor comenta y las acciones llevadas a cabo; se procedió a obtener la percepción del mismo profesional de enfermería, con el objeto de conocer las necesidades y establecer una triangulación con todos los datos recabados aplicando el modelo de relaciones sociales de Moscovici y la visión de Virginia Henderson en cuanto a necesidades detectadas.

Los resultados obtenidos muestran que el adulto mayor desconoce en su mayoría, los programas ofertados por los gobiernos al mismo tiempo que se logró la identificación de necesidades que se deben solventar a través de una buena práctica del campo de enfermería, como lo son la necesidad de información y de atención. Por otro lado, por parte del personal de enfermería es importante establecer una formación adecuada para la atención de este grupo etario, por lo cual se comentan algunas de las acciones implementadas por la misma Facultad de Enfermería Victoria para solventar esta deficiencia de formación.

Palabras clave: adulto *mayor*, *necesidades*, *cuidados de enfermería*, *políticas*.

RESUM

El personal d'infermeria és el primer enllaç pel qual l'adult major té contacte amb els serveis brindats pel sector governamental. És partícip de múltiples activitats i accions que s'enfoquen a cobrir i recolzar les necessitats que aquest grup etari requereix. Davant aquest tipus d'accions, és important conèixer el sentir i el pensar d'ells davant els serveis i programes que brinden els diferents òrgans de govern.

Per a tal efecte, la present investigació de caràcter qualitatiu amb un enfocament etnogràfic i d'acció – investigació, té com a propòsit general el determinar el sentir i el pensar que té el mateix adult major sobre est els programes als quals té dret a participar i de la forma en la qual el personal d'infermeria participa en aquest tipus d'activitats. Al mateix temps es pretén donar a conèixer les principals necessitats que aquest grup manifesta a través de les entrevistes que es van dur a terme per mitjà de grups focals on exterioritzen el seu sentir i pensar.

D'altra banda, les funcions del personal d'infermeria també són importants determinar-les, per la qual cosa per a poder establir una relació entre el que l'adult major comenta i les accions dutes a terme; es va procedir a obtenir la percepció del mateix professional d'infermeria, amb l'objecte de conèixer les necessitats i establir una triangulació amb totes les dades recaptades aplicant el model de relacions socials de Moscovici i la visió de Virginia Henderson quant a necessitats detectes.

Els resultats obtinguts mostren que l'adult major desconeix en la seua majoria, els programes oferits pels governs al mateix temps que es va aconseguir la identificació de necessitats que es deuen solucionar a través d'una bona pràctica del camp d'infermeria, com el són la necessitat d'informació i d'atenció. D'altra banda, per part del personal d'infermeria és important establir una formació adequada per a l'atenció d'aquest grup etari, per la qual cosa es comenten algunes de les accions implementades per la mateixa Facultat d'Infermeria Victoria per a solucionar aquesta deficiència de formació.

Paraules clau: *adult major, necessitats, atenció d'infermeria, polítiques.*

ABSTRACT

The nursing staff is the first link on which the elderly have contact with the services provided by the government sector. It is a participant in many activities and actions that focus on meeting the needs and support this age group requires. Given this type of action, it is important to know the feeling and thinking of them with the services and programs offered by different government sectors.

To this end, this qualitative research with an ethnographic approach and action - research aims to determine the overall feeling and thinking that has the same elderly this program to which you are entitled to participate and the way in which the nursing staff involved in these activities. At the same time, it tries to present the main needs that this group manifested through the interviews that were conducted through focus groups where externalize their feelings and thoughts.

Furthermore, the functions of the nursing staff are also important determining them, so to establish a relationship between what the senior notes and the actions taken, we proceeded to get the perception of the same nurse, with In order to meet the needs and establish a triangulation with all data collected using the Moscovici's social relations model and Virginia Henderson's vision for detect in needs.

The results show that the elderly mostly unknown, the programs offered by governments while it was possible to identify needs that must be overcome through good practice in the field of nursing, such as the need and care information. On the other hand, by the nursing staff is important to establish appropriate training to care for this age group, for which discusses some of the actions implemented by the same Facultad de Enfermería Victoria to address this deficiency training.

Keywords: elderly, *needs*, *nursing care*, *policies*.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.1. Planteamiento del fenómeno a estudio.

Uno de los fenómenos que ha tenido impacto social y demográfico en los últimos años es el crecimiento poblacional, el cual se ve reflejado en el incremento de la población de adultos mayores (CONAPO, 1999; PAD, 2009). Lamentablemente existe una ideología en donde se piensa que este es un problema exclusivo de las sociedades más desarrolladas o del primer mundo como ocurre en países anglosajones como Estados Unidos, Gran Bretaña entre otros; sin embargo esta situación también aplica en países en vía de desarrollo como es el caso de México. La figura 1 muestra la tendencia de la población de adultos mayores a nivel mundial, en donde se puede apreciar que este sector poblacional va incrementándose gradualmente año tras año.



Figura 1. Distribución porcentual de la población con 60 años o más. Fuente (Population Ageing and Development, 2009)

El adulto mayor es una de las prioridades que deben de tener los diferentes órganos y niveles de gobierno de un país. El hecho de implementar políticas a favor del adulto mayor de cada región implica una serie de adecuaciones y adaptaciones

que beneficien la integridad de este grupo etario. Al mismo tiempo, esto implica que dichas políticas contemplen acciones en donde el adulto mayor sea visto como una persona y no como un objeto o una herramienta de control político.

Un ejemplo de ello lo podemos observar en Japón, quienes han implementado una política de salud y bienestar social hacia los adultos mayores en donde la mayor parte de los gastos los absorbe el gobierno local y nacional en cuanto a servicios de salud se refiere (Fukawa, 2002). Al mismo tiempo y considerando la cultura japonesa, el adulto mayor siempre ha sido considerado como una persona con amplia experiencia y que a pesar de los cambios generacionales existentes, existe todavía la cultura de respeto hacia sus mayores. Desde esta perspectiva, los valores culturales juegan un importante papel en las posiciones que una nación toma frente al envejecimiento de su población. En este caso, Japón ha demostrado su interés en mantener una calidad de atención en diversas formas y sentidos en cuanto a salud se refiere.

En cuanto a México, también ha estado implementando políticas en beneficio al adulto mayor, sin embargo la situación es totalmente diferente. Para empezar, de acuerdo al censo poblacional efectuado en el año 2010, el 9,1% de la población se encuentra dentro de la clasificación de adultos mayores (INEGI, 2010), mostrando así un incremento gradual en comparación al censo del 2005 el cual fue de 8.07% (INEGI, 2005). Además, la distribución de adultos mayores se concentra en su mayoría en el centro y norte del país (Figura 2).



Figura 2. Distribución de la población de adultos mayores a nivel nacional (INEGI, 2010)

Estos datos implican la necesidad urgente de adecuar programas y políticas en beneficio de este grupo el cual, como se ha observado, se va incrementando de manera constante. Por ello, los gobiernos han tenido que implementar acciones que benefician al adulto mayor, siendo los servicios relacionados con la salud los que han tenido un mayor impacto (CONAPO, 2010).

En la actualidad, México ha estado implementando mejoras y adecuaciones en sus programas que se orientan en cuanto a la atención del adulto mayor se refiere (SS, 2007; Secretaría de Salud Tamaulipas, 2011). Al mismo tiempo cada gobierno estatal y local tiene dentro de sus agendas laborales la constante revisión de las políticas establecidas así de velar que estas se lleven a cabo. Para ello, la participación de los sectores y secretarías que tienen un mayor contacto con la población es de vital importancia para la difusión y aplicación de dichas políticas.

Es aquí en donde entra el personal de salud, específicamente hablando del profesional de enfermería, ya que es él quien tiene el primer contacto con la población que busca la atención necesaria, tal como es el caso de la enfermería comunitaria. De esta forma se muestra de manera legítima y tangible la importancia del personal en la atención en este grupo etario (Salcedo-Álvarez *et al*, 2007). Sin embargo, cuando del conocimiento y/o aplicación de políticas en pro del adulto mayor se refiere, es bien sabido que no son atendidos e informados de forma adecuada y que, en ocasiones, sólo se entienden desde la perspectiva política de “*conseguir un voto*”.

Este hecho es muy común de observarse al momento en que un adulto mayor es atendido en instituciones de salud de primer y segundo nivel de atención, en donde en ocasiones falta tacto al momento de dirigirse a ellos. Cabe señalar que en México, la clasificación de las instituciones de salud se contempla por niveles, en donde el primer nivel se orienta principalmente a salud comunitaria, el segundo a clínicas y hospitales y el tercer nivel a hospitales regionales y de especialidad. Lamentablemente, la cultura cambiante y la evolución desmesurada de la sociedad ha propiciado esta falta de atención, la cual se caracteriza por la falta de paciencia así como la ideología errónea de ver a este grupo de personas como un objeto que estorba (CONAPO, 2010).

Lo anterior genera que el mismo adulto mayor e inclusive, personas que observan el proceso de atención consideren que no exista calidad en la atención o

que no se sientan satisfechos con dicha atención. Aunado a lo anterior, la falta de espacios adecuados y preparados específicamente para el adulto mayor también es un factor limitante para brindar una atención de calidad e integral al mismo.

Por otra parte, aún y cuando los profesionales de enfermería tienen formación en geriatría y gerontología durante su formación básica, hace falta una preparación adecuada para poder atender a los adultos mayores, sin embargo se hace caso omiso de las señales de alerta que ellos proporcionan. El simple hecho de que el adulto mayor desee platicar, comentar su vida o simplemente la acción de quejarse muchas veces se observa como algo molesto, pero caemos en el error de no tomarlo en cuenta cuando en realidad son los signos de una falta de atención adecuada.

El adulto mayor tiene un sinfín de necesidades que debe de cubrir. Muchas de ellas son más del ámbito social y emocional que físico, las cuales si son atendidas adecuadamente, su salud se verá mejorada y estabilizada y al mismo tiempo se sentirán satisfechas. Para ello es importante tener los espacios adecuados para brindarle un mejor trato y una atención adecuada. Afortunadamente, con respecto a este último aspecto, los gobiernos se han dado la tarea de adecuar espacios para su esparcimiento y seguridad, sin embargo son insuficientes considerando el tamaño de la población actual y su aumento imparable en los últimos años.

También se debe considerar el hecho de que el adulto mayor conoce algunas de las políticas relacionadas con su trato y atención, pero desconoce la totalidad de dichos programas generados por los gobiernos. Esto se relaciona mucho con la falta

de atención adecuada por los diversos servidores públicos y por una mala preparación del personal de asistencia y de salud, o simplemente porque no conocen dichas actividades.

En el caso de localidad a estudio, Ciudad Victoria municipio del estado de Tamaulipas, la situación comentada anteriormente es muy notoria. Cuando el adulto mayor es atendido en los diversos centros de salud, es muy común verlos sentados, aislados, esperando a ser atendidos en una larga fila y procesos que prácticamente son tortuosos para ellos. Aún ante esta situación, muchos mantienen la calma y la esperanza de ser atendidos de forma inmediata o por lo menos, da la sensación de que se han acostumbrado a que esto ocurra porque forma parte de “la normalidad”.

Aquí es en donde el personal de enfermería debe de entrar en acción, sin embargo ante las diversas actividades que implican dichos lugares, no se les puede proporcionar al adulto mayor la atención y cuidados de la salud de forma adecuada. De ahí la percepción negativa que tiene parte de la sociedad ante nuestros profesionales de la salud. Al mismo tiempo, esto lo debemos de aunar al hecho de que la región estatal como local cada día van incrementando las estadísticas de crecimiento poblacional de adultos mayores.

De acuerdo al INEGI (2010), en Tamaulipas existen alrededor de 195 331 adultos mayores, de los cuales el 10.01% de esta población se encuentra radicando en Ciudad Victoria, ubicándola como el 4° municipio con mayor porcentaje (figura 3). Lo anterior lo debemos de tomar en cuenta para saber si los lugares y espacios

proporcionados por el gobierno son suficientes para atender a este sector de la población, la cual va incrementándose día tras día.

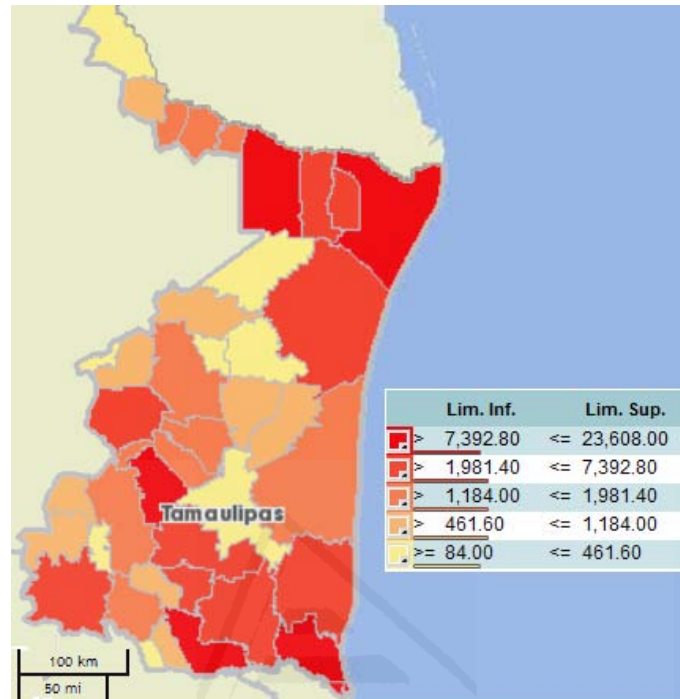


Figura 3. Distribución de los adultos mayores a nivel estatal. (INEGI, 2010)

Al mismo tiempo, si nos ponemos a revisar la distribución de los adultos mayores dentro de dicha localidad, podemos notar que existen núcleos importantes en diferentes partes (figura 4). Sin embargo, los lugares de atención se concentran en la zona centro de la localidad, dejando las zonas periféricas de la localidad sin algún punto de atención, o simplemente son muy lejanas para el mismo adulto mayor. Es por ello que la atención y los servicios a los cuales son acreedores difícilmente son proporcionados por las dificultades para acceder a los mismos.

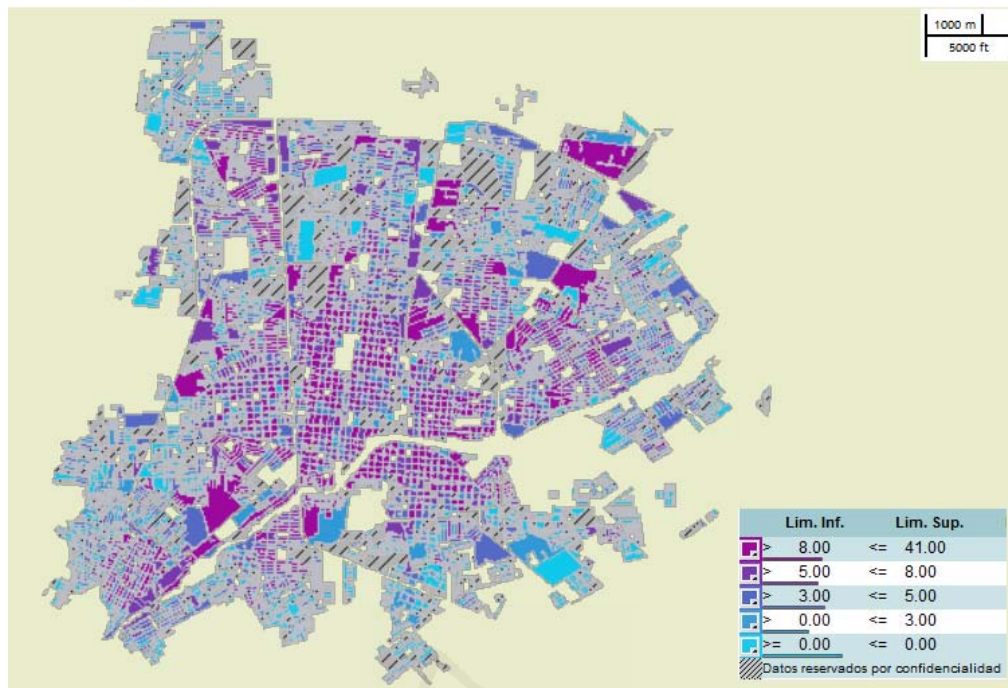


Figura 4. Distribución de los principales núcleos de población de adulto mayor en Ciudad Victoria (INEGI, 2010)

Esto es un verdadero problema, ya que la opinión pública y social tiene un gran peso en cuanto al pensar y sentir de las capacidades y habilidades del personal de salud. Inclusive, si este problema no es abordado adecuadamente, existirán serias consecuencias relacionadas con el desprestigio de la profesión y del área de la salud. La falta de información con relación a los programas de salud y la falta del conocimiento que tiene el personal de salud de enfermería en el área de geriatría propician que no se cumpla con las metas establecidas por parte de la Secretaría de Salud y ello parece ser determinante en la satisfacción que el adulto mayor pueda tener al respecto de las políticas existentes.

1.2. Justificación del tema a estudio.

Un hecho inevitable que todo ser humano padecerá en su vida es el llegar a la tercera edad. Independientemente que tipo de vida tuviera a lo largo de su existencia, ésta manifestará diversos malestares que bien no se podrán curar, mas sin embargo se pueden confrontar y controlar a través de una cultura adecuada del cuidado. Para ello es importante que no solo el adulto mayor cuide de si mismo durante esta etapa, sino que tanto la familia, la sociedad, el gobierno y sobre todo el personal de salud le brinden el apoyo necesario (Donelan et al., 2000). Parece que el profesional de enfermería es el que está en mejor posición para llevar a cabo esta tarea de apoyo puesto que sus competencias se orientan en especial al cuidado del adulto mayor, tanto a nivel físico como también psíquico y social.

Por otro lado, es importante aclarar que los nuevos cambios que se han suscitado durante los últimos años han modificado considerablemente el estilo de vida de los adultos mayores a nivel global. En el caso específico de México, ha pasando de una figura de sabiduría y de experiencia a una de cuidadora de infantes y, erróneamente, como una carga para la familia y la sociedad (INEGI, 2007). A causa de esto, tanto los gobiernos como la sociedad se han preocupado en brindar los cuidados y apoyos necesarios a este grupo etario (CONAPO, 2010).

La situación de vida de los adultos mayores es un tema emergente y relevante de la sociedad contemporánea. En nuestro país, al examinar la evolución de los diferentes grupos etarios, se observa un aumento sostenido, en términos relativos y absolutos, de la población mayor de 60 años, siendo este país uno de los de mayor incremento porcentual de este estrato de edad. Si sabemos que la soledad hogareña se va acentuando, que el mundo de las habituales relaciones sociales se reduce, es necesario motivar al adulto mayor para que acreciente su campo de intereses (Shamah-Levy et al., 2008; CONAPO, 2010).

Por otra parte, si la amenaza de una pérdida tiende a afectar el proceso de envejecimiento, debe enfatizarse que esta etapa de la vida se constituye en una gran oportunidad para el despliegue de actividades y tareas que faciliten la participación social de este segmento de la población. Este nuevo interés por brindar una salud integral y de calidad al adulto mayor ha propiciado un sinnúmero de trabajos de investigación, enfocados en su mayoría en el comportamiento de éste en cuanto a su salud se refiere (González, 2001; García, 2008; Herrera et al, 2008; Carmona, 2011). Sin embargo, es importante aclarar que son pocos los estudios que nos dan a conocer el sentir y el pensar del mismo adulto mayor ante los servicios brindados por el personal de salud.

El conocer el sentir del adulto mayor en cuanto a servicios de salud se refiere, brindará una nueva gama de conocimientos que permitirán una mejor planeación y

adecuación de los programas a los que ellos se hacen acreedores. Al mismo tiempo, esta información tendrá un fuerte impacto en la modificación de la aplicación de los programas de asistencia existentes en el país por parte del personal de salud, en donde no solo se contemplará el bienestar de los adultos mayores, sino que también a la calidad percibida de los servicios brindados (González, 2001; Findling et al, 2008).

Al mismo tiempo, esta información proporcionada por el mismo adulto mayor favorecerá a la mejora del personal de enfermería en cuanto a la atención geriátrica se refiere. Lo anterior deriva a que en cualquier nivel de atención de la salud, es el personal de enfermería con el cual tiene un primer contacto antes de recibir toda la atención debida (Ortega, 2004; Matamoros et al, 2007).

Información tan valiosa como el saber qué es lo que hace el personal de enfermería, si realizan de forma adecuada los cuidados, si conocen los planes y programas de atención que existen en el país en pro del bienestar del adulto mayor; ayudarán a brindar una mejor atención integral al adulto mayor sea o no beneficiario de cualquiera de los sistemas de salud que se ejercen en el país (SPPS, 2008).

Los resultados obtenidos a través de la presente investigación, así como las opiniones recabadas de cada grupo de adultos mayores serán de gran utilidad para

poder planear adecuadamente los planes de intervención de enfermería necesarios para implementar una atención integral a un grupo etario en constante evolución y crecimiento (Zelada, 2006). Al mismo tiempo, esta planeación repercutirá en la concientización del personal de enfermería sobre el trato digno hacia los adultos mayores así como despertar el interés hacia la geriatría y gerontología; impulsando de esta manera nuevas visiones ante los desafíos del nuevo milenio e incluso el desarrollo de especialidades profesionales orientadas a esta población (Rico Venegas, 2000).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.3. Cuestiones de investigación e hipótesis conceptual.

Con base a lo anterior, se plantean los siguientes cuestionamientos base:

- ¿Cuál es la percepción que tiene el adulto mayor de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México con respecto a los programas y políticas existentes enfocadas para su bienestar?
- ¿Qué aspectos conoce el personal de enfermería en relación a las políticas y programas en pro del adulto mayor en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México?
- ¿Cuáles son las principales necesidades que el mismo adulto mayor percibe como prioritarias para recibir una atención integral?
- ¿Qué percepción tiene el adulto mayor sobre la capacidad del conocimiento personal de enfermería en cuestión de los programas de atención social?
- ¿Qué percepción tiene el adulto mayor sobre el conocimiento del personal de enfermería en el área de geriatría?

Para poder responder a todos estos cuestionamientos, se ha planteado la siguiente hipótesis conceptual:

“El personal de enfermería no posee la capacidad y la preparación adecuada para poder brindar un servicio de calidad e integral al adulto mayor. Lo anterior se basa en el desconocimiento de los temas geriátricos así como de las políticas de atención al adulto mayor. Por ello, el adulto mayor tiene una percepción insatisfactoria del personal de enfermería además de que los espacios y las áreas que existen son insuficientes para brindarles una atención integral de calidad. Aunado a lo anterior, existe el problema latente de la falta de información de los programas que el gobierno brinda para su atención, desconociéndolos en su totalidad.”

1.4. Objetivos y metas del estudio.

1.3.1. Objetivos generales.

Ante la problemática detectada en la comunidad de adultos mayores con respecto a las necesidades que el adulto mayor requiere y las acciones implementadas por la sociedad y ejecutadas por el personal de enfermería, se plantearon los siguientes objetivos generales:

1. Evaluar las necesidades percibidas tanto del adulto mayor como del mismo personal de enfermería en relación con los programas de salud orientados hacia el adulto mayor en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.
2. Evaluar el conocimiento que tiene tanto el adulto mayor como el personal de enfermería con respecto a los programas y políticas existentes orientadas hacia el adulto mayor.

1.3.2. Objetivos específicos.

Aunado a lo anterior, con respecto al primer objetivo general se establecieron los siguientes objetivos específicos:

1. Detectar y explorar las necesidades percibidas tanto del adulto mayor como del profesional de enfermería en relación a los programas de salud dirigidos al adulto mayor en Ciudad Victoria, México.
2. Identificar las limitaciones del profesional de enfermería en la aplicación de los programas de salud dirigidos al adulto mayor.

3. Conocer e identificar el nivel de satisfacción del adulto mayor acerca de la aplicación de los programas de salud dirigidos al adulto mayor.

Con relación al segundo objetivo general se tiene lo siguiente:

4. Determinar si el adulto mayor así como el personal de enfermería tiene conocimiento de los programas de salud dirigidos a los adultos mayores.
5. Comparar desde la perspectiva de género la percepción de los adultos mayores acerca de los programas de salud dirigidos al adulto mayor.
6. Comparar las percepciones del adulto mayor y los profesionales de enfermería acerca de los programas de salud dirigidos al adulto mayor.

1.3.3. Metas del estudio.

- a) Elaborar un plan estratégico de trabajo en relación a los programas de salud del adulto mayor que incluya: la mejora en la aplicación de los programas existentes y la formación del profesional de enfermería orientado hacia este grupo etario.
- b) Aportar estrategias formativas para el profesional de enfermería en materia de enfermería geronto-geriátrica.

1.5. Necesidad del estudio.

Un aspecto que es importante en la actualidad surge del fenómeno de la inversión de la pirámide poblacional, en donde año con año este fenómeno se va presentando. Ante ello, los servicios de salud tienen que tener la capacidad adecuada para brindar una atención integral a este grupo etario, sin embargo se presenta una falta de capacidad para llevar a cabo este tipo de servicios.

El sentir y pensar de los adultos mayores es de vital importancia para poder establecer y conocer las necesidades que ellos perciben y requieren. Dichos aspectos son prioridad del sector salud ya que son elementos enfocados y encausados para el mejoramiento y preservación de la salud. Lamentablemente se puede establecer que todas estas necesidades recaen en el hecho de que no existe un personal debidamente capacitado, siendo enfermería uno de ellos.

El personal de enfermería no sabe cómo atender al adulto mayor de una forma adecuada, lo cual viene a repercutir en la formación profesional. Esta es una necesidad que se requiere resanar de manera urgente y para ello, es necesario que se formen enfermeros geriatras con el objeto de brindar una atención integral al adulto mayor (Rico-Venegas, 2000; Findling et al., 2008). Lo anterior estriba del hecho de que no solo el adulto mayor indique que no es atendido adecuadamente o que lo externe a través de sus acciones, sino que también la sociedad lo percibe y externa esta preocupación.

Debemos de ser conscientes de que la población va en aumento y por ende, las instituciones y programas existentes no tendrán la capacidad de abasto para poder atender de forma adecuada (CONAPO, 2010; OMS, 2011). Al mismo tiempo, los programas dirigidos hacia el adulto mayor existen en todos los niveles y órganos de salud son cruciales y elementales, sin embargo no se cumplen en su totalidad debido a la falta de preparación y capacitación para una mejor atención.

Al mismo tiempo, se debe de atender la falta de espacios adecuados para la atención integral del adulto mayor. Esto no quiere decir que no existan, pero es conveniente que ante la vertiginosa elevación poblacional de este grupo etario sean abiertos para poder brindar la atención a este sector de la población. En la actualidad, espacios para la atención del adulto mayor fueron adaptados a partir de edificaciones ya construidas y con otros fines de uso, sin embargo no poseen la infraestructura y la adecuación requerida.

Un ejemplo claro es la situación observable en cuanto a casas de asistencia para el adulto mayor. Estos lugares no dan abasto a las necesidades que la población requiere debido a la magnitud creciente de este grupo etario. Otro caso se observa en las “*Villas de Vida Plena*”, programa que consiste en brindarle un hogar adecuado a las necesidades del mismo adulto mayor más sin embargo no todos pueden tener este servicio debido a que no poseen el recurso económico necesario.

No podemos negar que estos programas generan un beneficio a los adultos mayores, pero estas acciones son limitadas. Esto no quiere decir que no se lleven a cabo, pero es conveniente considerar que ante la vertiginosa elevación poblacional de este grupo etario sean implementados adecuadamente para poder brindar la atención a este sector de la población.

Al mismo tiempo, también se observa la problemática de la depresión en el adulto mayor, la cual se relaciona con la movilidad de un lugar a otro, la atención recibida y la interacción que se tiene entre el personal de salud y la sociedad. Dicha depresión en raras ocasiones es detectada y atendida adecuadamente, por lo que es necesaria la creación de estancias con enfoque a la atención de las necesidades que estos requieran.

El establecer lugares en donde se les eleve la autoestima, aspecto que está ampliamente deteriorado, a través de la implementación de diversas actividades, sean físicas, artísticas, culturales y mentales se ven como una prioridad. Al mismo tiempo debe de existir un departamento de psicología, geriatría, enfermería entre otros en donde se cumpla al 100% de las actividades que los programas gubernamentales han establecido para el beneficio de los adultos mayores.

1.6. Trascendencia del estudio.

En primera instancia la generación e implementación de un conocimiento adecuado para brindar un mejor servicio a los adultos mayores por parte del personal de enfermería. Una vez generado el conocimiento, los adultos mayores obtendrán un gran beneficio en cuanto a la calidad de los servicios brindados para una salud integral.

Aquí es en donde el papel del personal de enfermería será visualizado como un agente importante de enlace, ya que son el primer bastión que confrontará las necesidades elementales y básicas del adulto mayor al momento de brindar un servicio de salud. Esta parte del equipo de salud brindará y proporcionará las atenciones adecuadas en pro de la implementación de los derechos y obligaciones hacia el adulto mayor.

Es personal de enfermería tendrá la capacidad de acercarse al adulto mayor para conocer las problemáticas y necesidades que ellos externan de forma verbal y no verbal. Esto tendrá el objeto de brindar nuevos elementos para apoyar y respaldar estas acciones políticas y, porqué no, el de plantear sugerencias para una mejora constante.

También debemos de tomar en cuenta que el sector político está volcando su visión en aquellas legislaciones en donde están trabajando para apoyar, respaldar y orientar a los adultos mayores a través de la implementación de diversos códigos y reglamentos. Cabe indicar que ellos siempre han estado revisando y actualizando de

forma activa para mejorar y beneficiar al mismo adulto mayor, lo cual se ha estado realizando tanto en los círculos políticos nacionales como estatales.

Lamentablemente el adulto mayor es utilizado para realizar un trabajo, son discriminados debido a que lo vemos como un objeto y no como una persona propiciando una baja autoestima. Por ello se romperá este esquema ideológico mal fundamentado y volver a retomar la ideología de que ellos poseen la experiencia de la vida (Shamah-Levy et al., 2008), lo anterior gracias a las acciones realizadas por el personal de enfermería.

Esto implica que el presente trabajo planteará las primeras pautas para la concientización de la sociedad en relación a la atención del adulto mayor partiendo del hecho de que ésta va a llegar en un momento a esta edad. Lo anterior será a través de la adecuada preparación del personal, así como las acciones que éste refleje en la sociedad al momento de atender a nuestros adultos mayores.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 2

ESTADO DE LA CUESTIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.1. El envejecimiento de la población.

El ciclo de vida inherente a todos los seres humanos es nacer, madurar, reproducirse y envejecer; la única interrupción posible de ese ciclo inexorable es la muerte, que puede ocurrir en cualquier etapa del proceso (SPPS, 2008). El envejecimiento es el resultado de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales que se complican con la aparición de patologías que contribuyen en gran medida a la disminución de capacidades (Miller, 2005; INEGI, 2007).

Este proceso se considera como un fenómeno de carácter mundial, el cual impacta de manera directa tanto en las personas, las familias, las comunidades y en todos los sectores del gobierno y de la sociedad (INEGI, 2007). Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla que la vida larga es un signo de buena salud el cual se ha establecido como un indicador para evaluar la mejora de la salud mundial (OMS, 2011).

El envejecimiento demográfico tendrá grandes repercusiones en la organización social, las cuales dependerán de las condiciones de salud en las que el fenómeno se encuentre en ese momento. Esto se verá reflejado en un aumento de años en que los adultos mayores sobreviven con el peso de los padecimientos crónico-degenerativos o con discapacidades, lo cual puede poner en entre dicho la calidad de vida del adulto mayor, así como la capacidad de las familias para atender a sus ancianos (Zúñiga et al., 2003).

En la actualidad, las proyecciones de la población mundial de 60 años o más es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones (OMS, 2011); y México no es la excepción. La República Mexicana ha sufrido un cambio radical en cuanto a su demografía, reflejado en el crecimiento de acelerado de envejecimiento de la población.

Este fenómeno se ha acelerado en los últimos años en México y se reflejará cuando las generaciones nacidas de entre 1960 y 1990 ingresen al grupo de adultos mayores (Zúñiga et al., 2003). Así mismo, esto es observado en las estadísticas del periodo 1990 – 2005, en donde la población pasó del 6% al 7,6% (INEGI, 2007). Los principales motivos que han propiciado esto son aspectos como el descenso de las tasas de mortalidad, que prolonga la sobrevivencia de los mexicanos; y la disminución de la tasa fecundidad, que incrementa el peso relativo de la población de edades avanzadas (INEGI, 2007).

Las estimaciones realizadas en México para el 2020 serán de que uno de cada ocho será un adulto mayor; para el 2030 una de cada seis y para el 2050 la distribución poblacional será de un adulto mayor por cada cuatro habitantes (Zúñiga et al., 2003; SPPS, 2011). Esto es, la población de adulto mayor tendrá un incremento poblacional importante, presentando un incremento cercano o superior al 8,7% (INEGI, 2007).

El fenómeno en cuanto a la magnitud y a la velocidad que puede alcanzar en las próximas décadas son aspectos a los cuales se debe de enfrentar tanto el

gobierno como la sociedad (Zúñiga et al., 2003). El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2011).

Actualmente, los roles que ha adquirido este importante grupo de personas es el de cuidar niños y el quehacer doméstico, que en definitiva son contribuciones fundamentales para el hogar, pero que en realidad son muy poco valorados por la comunidad (INEGI, 2007). México cuenta con solo menos de una década para preparar las respuestas institucionales que le permitan encarar adecuadamente este fenómeno antes de que alcance su etapa de mayor dinamismo.

2.2. Las políticas, programas y acciones a favor del adulto mayor.

En la actualidad, existe una relación recíproca entre los derechos humanos y las políticas de protección social las cuales están orientadas hacia las personas de mayor edad (Arrigada, 2009). Este enfoque orientado a las políticas de ampliación y protección del adulto mayor benefician de forma adecuada la calidad de 'sujetos de derecho' a los cuales se hacen acreedores este grupo etario.

Los adultos mayores son personas que se hacen acreedores a los derechos universales y específicos, haciéndolos titulares tanto de derechos como de obligaciones. A partir de los 60 años en adelante, son considerados como sujetos pasivos en la relación jurídica para dar reconocimiento, protección y garantía, al tiempo de abstenerse de dañar. Estos derechos son considerados por la humanidad como inherentes a su propia calidad, siendo los tratados internacionales de los derechos humanos y el reconocimiento de las constituciones políticas de cada uno de los países del mundo las normas mencionadas en dicha relación (Arrigada, 2009).

Sobre este tema, las políticas de apoyo y de promoción de la salud hacia el adulto mayor no es nada nuevo. Desde 1982 hasta nuestros días se han llevado a cabo una serie de reuniones denominadas "*Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*", en donde la misma ONU y sus filiales toman los planes que de ella surgen para implementarlos en todos los países miembros y adscritos a ella (INEGI, 2007; OMS, 2011).

En el desarrollo de la asamblea de 1982 llevada a cabo en la ciudad de Viena, Austria; se analizaron datos que preocuparon a los miembros de la asamblea, sobre todo al momento de revisar las tendencias demográficas de la población mundial. Al mismo tiempo, en la verificación de la calidad de vida que presentaban los adultos mayores a nivel mundial, prendieron las alarmas internacionales sobre la magnitud de esta situación. Por ello, para 1983 y en base a lo analizado, se elaboró el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, mejor conocido como *Protocolo de Viena*.

En dicho protocolo se establecieron como objetivos:

1. Fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo;
2. Promover la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionados con el envejecimiento;
3. Proponer y estimular políticas y programas orientados a la acción y destinados a garantizar la seguridad social y económica a las personas de edad, así como darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios;
4. Presentar alternativas y opciones de política que sean compatibles con los valores y metas nacionales y con los principios reconocidos internacionalmente con respecto al envejecimiento de la población y a las necesidades de las propias personas de edad; y

5. Alentar el desarrollo de una enseñanza, una capacitación y una investigación que respondan adecuadamente al envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio internacional de aptitudes y conocimiento en esta esfera.

Posteriormente a la primera reunión de 1982, la OMS publica la denominada “*Carta de Ottawa*”, en donde hacen ver la necesidad de realizar y aplicar una serie de acciones que conlleven a la salud colectiva (OMS, 1986). Este mismo documento da pauta a lo que se conoce como atención integral hacia las personas a través de la promoción de la salud. Aquí se estipula que tanto los gobiernos como los sistemas de salud local deben de proveer los medios y formas necesarios para propiciar el ejercicio de promoción hacia cualquier grupo de edades así como el establecer las políticas adecuadas según su región (OMS, 1986).

En 1988 se elaboró un documento que lleva por nombre “*Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*”, mejor conocido como *Protocolo de San Salvador*. Este documento muestra una serie de artículos que los países integrantes a dicho convenio internacional están comprometidos a cumplir en cuanto sus propias políticas se los permitiesen. México está adherido a este protocolo internacional desde 1995, ratificado en 1996, 1998 y 2007; siendo vigente en la actualidad.

Independientemente de que hablen de una serie de consideraciones a aplicar por cada gobierno, lo que cabe rescatar de este documento es lo que establece el artículo 17, que se enfoca a los derechos de los ancianos. Este artículo dice:

“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas;*
- b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;*
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos”*

En 1991 fue aprobada la *Carta de los principios a favor de las personas mayores* por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En dicho documento remarcan varios aspectos a los cuales el adulto mayor tiene derecho, los cuales se enlistan a continuación:

1. Acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Posibilidad de trabajar o de tener acceso para obtener ingresos.
3. Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
4. Disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

5. Disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.
6. Residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.
7. Integrarse en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
10. Acceder a programas educativos y de formación adecuados.
11. Acceder a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
12. Acceder a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Acceder a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
14. Vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio.

15. Acceder a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
16. Vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
17. Participar en la determinación de cuándo y qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
18. Recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.

Para el 2002, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) alienta a los gobiernos internacionales a introducir principios fundamentales en pro de los derechos de los adultos mayores. Los apartados están relacionados con cinco aspectos de importancia: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad y en ellos, los 18 aspectos formulados en la carta de los principios de 1991 fueron acomodados en cada uno de los aspectos (ONU, 2002).

En el 2004 surge la “*Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*”, o conocida por su clave WHA 57.17. Este documento surge de los resultados estadísticos mundiales en cuanto a la calidad de vida, morbilidad y mortalidad de las personas en donde se remarca la importancia de la buena alimentación y de la actividad física. El aspecto que debemos prestar atención es que en el documento hace énfasis de que la mayor parte de los adultos mayores

viven en países en desarrollo, y el envejecimiento de las poblaciones repercute considerablemente en las características de morbilidad y mortalidad (OMS, 2004).

Muchos países en desarrollo soportarán una carga más pesada de enfermedades no transmisibles junto con una persistencia de la carga de enfermedades infecciosas. Además de tener una dimensión humana, el mantenimiento de la salud y la capacidad funcional de la creciente población de mayor edad será un factor decisivo para reducir la demanda de servicios de salud y los gastos correspondientes (OMS, 2004).

Para que estas necesidades sean cubiertas, los gobiernos desempeñan un papel fundamental en la creación, generación y aplicación de políticas a favor del cambio del comportamiento de las personas, familias y las comunidades en relación a una alimentación saludable y de actividades físicas que le permitan mejorar sus vidas (OMS, 2004). Es importante que sea claro que la salud es un factor determinante para la economía de un país, la cual si no es resuelta de forma adecuada perturban el desarrollo y crecimiento económico de éste (OMS, 2004; SPPS, 2011).

Esta promoción de la salud adoptada por el WHA 57.17 contempla la creación de entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles para todos los niveles de organización, así como para todo grupo de edades; recalando que si se aplican en temprana edad, estos beneficios se verán reflejado con una buena salud en la vejez (Zúñiga et al., 2003; OMS, 2004; SPPS, 2011). Por ello, las prioridades se

encausan a los grupos vulnerables, dentro del cual encontramos al adulto mayor quienes requieren una acción comunitaria con fuerte intervención y supervisión gubernamental (OMS, 2004).

Para lograr estas acciones, cada gobierno debe de utilizar las estructuras y procesos existentes en cada uno de sus países. La participación es de todos los órganos gubernamentales, desde el nacional hasta el local y en colaboración con diversos expertos a nivel multisectorial y multidisciplinario (OMS, 2004; SPPS, 2011). Es por ello que una legislación eficaz, una infraestructura apropiada, programas de aplicación, financiamiento adecuado, su ejecución, evaluación e investigación deben de ser permanentes.

Todas las políticas propuestas deben de ser orientadas a cambios de normas sociales, al mejoramiento de la comprensión y la aceptación por las comunidades por adquirir y tener una sociedad saludable y activa (OMS, 2004). Y es con esta visión con lo que surge la llamada “*Carta de Bangkok*” en 2005. Este documento contempla que existe una necesidad de impulsar programas que apoyen a los grupos vulnerables. Su contenido en si es una reafirmación de lo que se había establecido en su documento antecedente de 1986 y reafirma la importancia de las actividades planteadas en el WHA 57.17.

A partir de lo mencionado anteriormente, Huenchuan (2004) realiza una serie de comparaciones con las constituciones y las leyes promulgadas en América Latina sobre los derechos y obligaciones en pro del adulto mayor. En todas las leyes

promulgadas se establece el límite cronológico de vejez, que puede ser de 60 o 65 años según el país. Al mismo tiempo, a pesar de que los objetivos varían en cada nación, todos se concentran en establecer los derechos de los adultos mayores, garantizar una atención integral o bien una base jurídica de política nacional sobre la vejez.

Los instrumentos pueden variar desde ministerios u organismos estatales encargados de aplicar y resguardar dichos lineamientos, otros se concentran en establecer acciones en diferentes áreas temáticas como lo son salud, participación, trabajo, seguridad social, imagen, vivienda entre otras. En cualquiera de los casos, es importante remarcar el hecho de que es el estado el responsable del bienestar de las personas mayores en colaboración con la sociedad y las familias (Huenchuan, 2004).

México solamente tiene contemplado los aspectos relacionados con la independencia y la dignidad en cuanto a derechos de las personas mayores dentro de su constitución, haciendo hasta cierto punto merma en los aspectos relacionados con cuidado y participación (Huenchuan, 2004). Por estas características, el adulto mayor es considerado como un objeto de protección y no como un sujeto de participación, es decir, entes pasivos que deben de ser amparados por el Estado, la sociedad y sus familias.

Independientemente de este leve tropiezo constitucional, la declaración de la “Ley de los Derechos de las Personas Mayores” promulgada en el 2002 contempla

todos los elementos sugeridos en la Asamblea del 2002. Así pues, en el caso de México, los programas de salud orientados hacia la cultura de la prevención de accidentes y la promoción de la salud siguen atentamente todas las observaciones realizadas por las estrategias propuestas por la ONU y la OMS. Así mismo, y en base a un estudio del Consejo Nacional de Población (CONAPO) asegura que la población mexicana de adultos mayores se mantiene activa (CONAPO, 2010).

Por todo ello, en el 2006 se genera y aplica el “Plan de Acción Específico 2007 – 2012 Envejecimiento” (SPPS, 2011). Este documento surge a raíz de diversos problemas de gran importancia tales como la falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable, la desactualización de documentos, la insuficiencia y la falta de continuidad en las campañas de comunicación social y la promoción de medidas preventivas que conlleven a un envejecimiento saludable (SPPS, 2008).

Este programa tiene como visión el *“ser un programa sectorial que establezca y unifique estrategias y lineamientos en materia de la prevención y la promoción de la salud en la población adulta mayor para lograr un envejecimiento activo y saludable [...]”* (SPPS, 2011). Al mismo tiempo, tiene como visión *“ser un programa de excelencia, líder en la vigilancia, prevención y protección de la salud de los adultos mayores en el ámbito nacional e internacional y capaz de cumplir con su misión en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano, la satisfacción entre los usuarios y los prestadores de servicios”* (SPPS, 2011).

Dentro de sus objetivos están el de implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores, la gestión para la instauración de estructuras que aborden la atención al envejecimiento, generar la información oportuna y de calidad en todos los niveles y, la que es más significativa; mejorar las habilidades y competencias de los profesionales de la salud a través de la capacitación a distancia y presencial en el área de atención al envejecimiento (SPPS, 2011).

En la actualidad, el Gobierno Mexicano contempla en sus estrategias propiciar el aprovechamiento de los dividendos demográficos y sentar las bases para encarar el envejecimiento poblacional. Acciones como el fomento de la prevención de la salud, la adecuación de la oferta de servicios de salud para la población envejecida y la promoción a impulso de programas y acciones que potencien las habilidades y destrezas de los adultos mayores, tienen como objetivo el fortaleciendo de la participación del adulto mayor en la sociedad del conocimiento y su bienestar (CONAPO, 2010).

La política social en México dirige sus esfuerzos principalmente a los grupos vulnerables siendo uno de los principales el Adulto Mayor. En este grupo, los gobiernos en sus tres ordenes Federal, Estatal y Municipal han implementado estrategias para su atención, sea ésta: jurídica, del empleo, de alimentación, de salud, de esparcimiento, de educación y capacitación entre otros.

Ante la necesidad de reglamentar las políticas y legislaciones a favor del adulto mayor a nivel estatal, la 57ma. Legislatura Constitucional del Congreso del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas pone en marcha el Decreto No. 535, con nombre “Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas”. Esta reglamentación es de orden público, interés social y de observancia general en el estado y tiene por objeto el proteger, garantizar y difundir los derechos de los adultos mayores, sin distinción alguna para propiciarles una mejor calidad de vida y garantizar su permanencia como sector estratégico y de experiencia para el desarrollo social, económico, político y cultural (Art. 1º, Decreto No. 535).

Esta ley vela por la seguridad y bienestar de este grupo etario. Contempla como derechos principales la vivienda digna y segura, la no discriminación, el respeto hacia su persona, protección contra cualquier tipo de explotación y maltrato, protección por parte de su familia, estado y sociedad, gozar las oportunidades para mejorar las capacidades que les faciliten el ejercicio de sus derechos y vivir en entornos seguros, dignos y decorosos.

Un aspecto que nos debe de interesar está en la fracción III del artículo quinto, que se refiere a la salud y a la alimentación. En él expresa de manera explícita que el adulto mayor tiene el derecho a acceder a los todo aquel medio que le sea necesario para recibir una atención integral. Contempla el acceso a los servicios de salud, recibir orientación preferencial, orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene. En su fracción cuarta contempla que los adultos mayores deben

de ser contemplados en programas de asistencia social, sobre todo cuando estén en situación de riesgo o desamparo, que garantice su atención integral (Artículo 5º, Decreto 535).

En lo subsecuente, el documento legal contempla todas las obligaciones que tiene la familia, el gobierno y los diversos sistemas gubernamentales para apoyar al adulto mayor en el desarrollo de una vida plena, integral y saludable. De los artículos relacionados con nuestro interés encontramos al:

- Artículo 7º, en su fracción II sobre la convivencia familiar y la fracción IV sobre la prevención de la discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia o de riesgos en contra del adulto mayor.
- Artículo 10º en su fracción I sobre la realización y promoción de programas de asistencia, protección, provisión, prevención, participación y atención al adulto mayor por parte del gobierno estatal; la fracción V sobre el impulso del desarrollo integral y la fracción VIII sobre la seguridad pública y protección civil a favor del adulto mayor.
- Artículo 11, que habla sobre la promoción de la integración social de las personas adultas mayores para brindarles los servicios de asistencia social y atención integral por parte de la Secretaría de Desarrollo Social, Cultura y Deporte. En el mismo artículo, la fracción III sobre la cobertura alimentaria; IV sobre la orientación e información nutricional, VII sobre la sensibilización y capacitación para favorecer la convivencia familiar con las personas adultas

mayores. En la fracción X habla sobre implementar, crear y difundir programas entre la población general y la familia la cultura de la dignificación.

- En el artículo 12 se observa que se enfoca a las atenciones que se deben de brindar al adulto mayor en las instituciones de salud, garantizando su acceso a la atención médica (fracción I), la gestión de recursos humanos de alta especialidad en la atención para la salud de las personas adultas mayores (fracción II), la implementación de programas para la distribución oportuna de los medicamentos en coordinación con el sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (fracción IV), la creación de redes de atención en materia de asistencia médica, atención y rehabilitación mediante la capacitación y la sensibilización (fracción V) así como la atención preferente e inmediata a las personas adultas mayores que han sido sometidas a cualquier forma de maltrato o abuso hacia sus personas (fracción VIII)
- El apoyo jurídico por parte de las instancias competentes también está reflejado en este documento, en donde tenemos los casos del artículo 13 en sus fracciones I, III, IV, VI y VII.
- En el título sexto de esta legislación se hace el comentario de los apoyos y subsidios económicos a los que son merecedores los adultos mayores tales como en el transporte (artículo 20), protección económica (artículo 22), descuentos burocráticos (artículos 23 y 24) y otorgar atención preferencial (artículos 25 y 26).
- Las políticas de asistencia social son reflejadas en el capítulo séptimo. Aquí la que más destacan son los artículos 27 (sobre solicitar apoyo para defender al

adulto maltratado), 28 (promoción de políticas de asistencia), y 31 (sobre la capacitación adecuada del personal para atender a los adultos mayores).

Con base a esta legislación, el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia en Tamaulipas (DIF-Tamaulipas) maneja los programas de Casa Club y Clubes del Adulto Mayor, en donde su objetivo es el fomentar el desarrollo bio-psico-social del adulto mayor a través de acciones de atención integral que les permitan alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida (DIF-Tamaulipas, 2011a).

El programa de Estancias Diurnas tiene como finalidad el de ofrecer atención integral a los adultos mayores que viven bajo la responsabilidad de un familiar que trabaja y que por esa razón no pueden brindarle el cuidado que requieren. En este programa se tiene contemplado un espacio de estancia, atención, cuidado diario, capacitación y entrenamiento para los adultos mayores que esté disponible para ellos mientras que su familiares trabajan (DIF-Tamaulipas, 2011a).

Por otro lado, también existe el programa Adultos Plenos el cual tiene la finalidad de brindar oportunidades de integración laboral para seguir participando dentro de la sociedad y que les genere ingresos para mejorar su situación económica. Con este programa se promueve el respeto al adulto mayor y su reintegración a la vida productiva mediante la implementación de acciones de capacitación y la promoción del empleo y autoempleo. Algunas de las modalidades que se han generado dentro de este programa son la de vigilantes ecológicos, guías

del museo TAMUX, Guías de Zoológico, empacadores y observadores “Paisano” (DIF-Tamaulipas, 2011a).

Durante el bienio 2008 – 2010 se pusieron en marcha una serie de programas en pro-beneficio de la atención integral al adulto mayor. Todos estos programas estatales tuvieron y tienen un impacto en la sociedad que aun se siguen implementando hasta nuestros días. Así pues, se establece la Dirección de Atención al Adulto Mayor, organismo estatal que se encarga de los cuatro programas pilares en atención al adulto mayor: Adopta un Abuelito, Registro y Seguimiento de Atención al Adulto Mayor, Villas de Vida Plena y el Programa de Atención a Adultos Mayores en Comunidad (PAAC).

Dentro de estas actividades cabe destacar los programas CONVIVE (Casas de Cuidado Diario), Casas Club, Clubes de la 3ra. Edad y Adopta un Abuelito. Todas ellas surgen de la necesidad de atender y brindar apoyos a los adultos mayores con base a las legislaciones establecidas en la región, y siguiendo lo postulado en el Decreto Estatal 535. Dentro de sus funciones se establecen la atención en materias de salud, legal, de seguridad y económicas, sin dejar de lado los aspectos emocionales y la participación de la sociedad civil (DIF-Tamaulipas, 2011b).

Los resultados obtenidos en el primer año de este programa son realmente alentadores, 14 000 adultos mayores adoptados por Sociedad Civil y Gobierno del estado, 434 adultos mayores atendidos en las Casas de Cuidado Diario, 110 participantes en el programa vigilantes ecológicos, 20 guías de museo TAMUX, 30

observadores “Paisano”, 146 787 adultos mayores credencializados entre otras tantas más. En la tabla 1 se muestran otros resultados que ha arrojado el programa durante el primer año de lanzamiento (DIF-Tamaulipas, 2011b).

Tabla 1. Cifras de los programas de la Dirección de Atención al Adulto Mayor en el año 2009

Actividad	Cantidad
Casa Club	42
Asistentes a Casa Club	9, 536
Clubes de la Tercera Edad	521
Asistentes a Clubes	21, 207
Pláticas diversas al Adulto Mayor	3, 039
Asistentes a pláticas	18,809
Eventos Culturales, Deportivos y Recreativos	2, 088
Participantes en los eventos	39, 815
Consultas médicas adultos mayores	27, 136
Adultos mayores beneficiados con medicamento	24, 553
Despensas entregadas	125, 410

(Fuente: DIF Tamaulipas)

2.3. La percepción del personal de salud de enfermería por parte del adulto mayor sobre la temática de atención hacia su persona.

2.3.1. Conociendo la situación actual del adulto mayor en México.

Es importante tener claro que el envejecimiento de la población y el incremento de la población de adultos mayores conlleva a una carga social y económica para quienes los rodean, sobre todo en unidades familiares donde se ha perdido la dimensión del rol tradicional del adulto mayor como consejero, y poseedor de experiencia (INEGI, 2007). Este grupo de edad padece de la carencia de información relacionada con el proceso de envejecimiento, así como sus patologías y necesidades (SPPS, 2011).

Aunado a lo anterior, la falta de recursos necesarios para brindar un adecuado servicio de atención integral influye en la falta de capacitación de personal de salud adecuado, escasos de medicamentos, los niveles de referencia y contra-referencia de los diferentes niveles de atención; y sobre todo, la escasez de servicios de atención domiciliaria (SPPS, 2011).

Por todo esto, es importante tomar en cuenta alguna de las características de nuestra población de adulto mayor. En el 2006, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizó un estudio con el fin de describir el estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México. Para ello aplicaron el instrumento denominado Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006).

Son realmente alarmantes los resultados obtenidos en este estudio, en donde se refleja que hasta el 40% de los adultos mayores carece de seguridad social y 2% padece de desnutrición. Mas del 60% padece sobrepeso y obesidad, cerca del 25% corresponde a hipertensos diagnosticados y de un 15% a 20% a diabéticos (Shamah-Levy et al. 2008). La ENSANUT 2006 también reflejó que solamente una cuarta parte de la población masculina y el 5,8% de las mujeres están pensionados, es decir, reciben una aportación económica de alguna institución de seguridad social. Así mismo arrojó que hasta el 40% de los adultos mayores pertenece a un hogar beneficiario de algún programa de ayuda alimentaria.

Con respecto a la prevalencia de depresión de acuerdo con el diagnóstico médico, es mayor en las mujeres que en el hombre (14% vs. 6%). Las prevalencias aumentadas de diabetes, hipertensión e hipertrigliceridemia observadas en el ENSANUT 2006 son congruentes con las notables tasas de obesidad. La calidad e la atención médica, al menos para la *diabetes mellitus* tipo 2, es insatisfactoria si se toma en cuenta que más de la mitad de los diabéticos conocidos poseen un control deficiente. Urge diseñar intervenciones para controlar y reducir estas enfermedades, dado que son la primera causa de morbilidad y mortalidad en México en la población adulta (Shamah-Levy et al. 2008).

La vulnerabilidad de la población de adultos es alarmante, si se toma en cuenta que tienen una baja escolaridad, cerca de la mitad vive en niveles de pobreza menos de la cuarta parte goza de una pensión, el 40% no tiene ninguna cobertura de salud y las mujeres son las que se encuentran en situación más desventajosa

(Shamah-Levy et al. 2008). A lo anterior se suman la gran demanda de servicios vinculados con la elevada prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y los problemas de nutrición; en donde la accesibilidad a estos servicios es limitada.

Algunos de los elementos que inciden en la vulnerabilidad son la desigualdad de oportunidades, incapacidad para la satisfacción de sus necesidades básicas, desnutrición, enfermedad, la incapacidad de acceder a los servicios públicos y la marginación social (Arrigada, 2009). También, en el caso del adulto mayor, desde el punto de vista vulnerable, pueden ser identificados como un sector pasivo, como personas que no están integradas en la actividad productiva, lo cual propicia una vida precaria y manifestada en la desigualdad de accesos a una situación de bienestar social.

Frente a la escasa cobertura de los sistemas de seguridad social y de los sistemas de pensiones y jubilaciones, la mayoría de los adultos mayores se mantienen laborando hasta edades tardías, mientras que la discapacidad o la muerte no se los impida (Zúñiga et al., 2003). El desafío consiste en identificar y abordar las causas básicas y subyacentes de su deficiente estado de salud, nutrición y alimentación, a fin de mejorar su calidad de vida mediante la planeación de intervenciones dirigidas a este grupo de población (Shamah-Levy et al. 2008).

Ante esta situación, Luis Alarcón (2006) realiza un comentario de gran importancia en relación a la vulnerabilidad de este grupo etario:

“la vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades [...] esta circunstancia viola los derechos de los más débiles de la sociedad y los margina, razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad de proteger a estas personas, quienes frecuentemente desconocen cuáles son sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de los recursos necesarios para acudir ante los sistemas de justicia”.

Por otro lado, la familia, que ha sido tradicionalmente la fuente fundamental de apoyo a la vejez, experimentará de manera creciente las presiones económicas y sociales del envejecimiento, los cambios demográficos recientes han traído consigo que las familias estén integradas con un número menor de hijos entre quienes repartirse las tareas, los que a su vez serán, en buena medida, adultos mayores (Zúñiga et al., 2003).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.3.2. *El pensar del adulto mayor ante los servicios de salud recibidos.*

Pocos son los estudios en donde se investiga la percepción del adulto mayor ante los servicios de salud brindados por el personal de salud, en este caso por parte del personal de enfermería. Un ejemplo de ello es el trabajo realizado en Costa Rica por Matamoros Quesada y colaboradoras (2007) denominado “*Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención*”. Sus resultados muestran que la población de adultos mayores identifica más al personal de enfermería como un profesional técnico que humanitario, a pesar de mostrar un número de opiniones similares.

Se observa que la población ignora cada uno de los roles del personal de enfermería en el primer nivel de atención, dejando en evidencia los antiguos atributos religiosos. También que son solamente un apoyo del médico por lo que limita el prestigio profesional y la calidad de los cuidados que la sociedad recibe. También hace énfasis en la necesidad de que el profesional de la salud sea más sensible ante las necesidades de los usuarios, sin que esto implique perder su profesionalismo (Matamoros et al., 2007).

Por su parte, González Chavarría y cols. (2001) llevaron a cabo un estudio cualitativo sobre “*Percepción de la imagen social de la enfermera en la población de Monterrey y su área metropolitana*”. Sus resultados indican que menos de la mitad de las personas encuestadas consideran a la enfermera como personal de salud de manera general. Solamente las distinguen por su uniforme y no por sus acciones desligándola de otras actividades.

Ortega López en el 2004 realizó un estudio sobre la *“Percepción de la calidad del cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera”*. Los resultados obtenidos muestran que todas las dimensiones que integran el cuidado de enfermería muestran medias altas como lo es la disponibilidad del cuidado, arte del cuidado, resultado del cuidado, calidad técnica del cuidado y continuidad del cuidado, mostrando una mayor importancia a la disponibilidad y al arte del cuidado.

En el estudio denominado *“Satisfacción del usuario adulto mayor con calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco”*, consideran que el personal de enfermería los saludan de forma amable, dirigiéndose por su nombre, tratándolos con respeto lo cual hace que se sientan contentos (García Hernández, 2008). También realizan comentarios enfocados a que cubren las expectativas en cuanto al cuidado que requieren así como el nivel de responsabilidad y continuidad para restablecer su salud.

Otro aspecto que podemos observar es que en todos estos estudios no existe opinión alguna relacionada con el conocimiento de las políticas, programas y apoyos existentes para el adulto. Es primordial que este aspecto sea tomado en cuenta, puesto que como se ha observado, el personal de enfermería es uno de los principales personajes con los cuales interactúa el adulto mayor.

2.3.3. *Las acciones de enfermería ante la problemática existente.*

La enfermería geriátrica y gerontológica en México posee un desarrollo escaso, aún y cuando a partir de la década de los 70 se ha estado trabajando en el cuidado del adulto en plenitud. Uno de los primeros trabajos con este enfoque es el llevado a cabo por Pamela Babb Stanley, quien describió al envejecimiento como un proceso en donde se presentan cambios paulatinos. Es por ello que en México, la enfermería se ha interesado en el cuidado de las personas mayores con un enfoque primordial a la conservación de la salud y prevención de la enfermedad, todo con base a la educación del autocuidado (Rico Venegas et al. 2000).

García Hernández (2008) considera que en el contexto de la calidad, el personal de enfermería tiene gran relación pues es el que identifica necesidades y expectativas de los usuarios, de ahí la importancia de que el impacto en la satisfacción en el adulto mayor sea la de proveer los cuidados directos por más tiempo que cualquier otro trabajador de la salud. Es importante mencionar que las actividades de las intervenciones de enfermería son un proceso integral en el que involucra el desarrollo de aspectos técnicos – científicos y habilidades dentro de una interacción durante la atención de los usuarios.

Con el fin de coadyuvar a mejorar la calidad del cuidado enfermero al adulto mayor a través de funciones gerenciales, docentes, de investigación y divulgación que se proyecten tanto a las instituciones de salud así como a aquellas que proporcionan apoyo a este grupo, surge en el 2005 el Programa de Trabajo de la Red Mexicana de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor.

Este programa surge por la necesidad de contribuir al fortalecimiento de actividades encaminadas a la atención integral del adulto mayor a través de la Red Mexicana de Enfermería, así como la elaboración de programas que fortalezcan la labor hacia la cultura del envejecimiento, implicando la coordinación interinstitucional y por ende multidisciplinaria. Sin embargo presenta grandes problemas y amenazas como la falta de recursos, falta de personal de enfermería con formación gerontogerítricas, así como una gran falta de interés de enfermería para realizar cursos pos-técnicos o de especialidad en esta área (SS, 2005).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.4. Las necesidades del adulto mayor y las acciones para solventarlas.

La problemática que se presenta con el adulto mayor de Ciudad Victoria, Tamaulipas; implica características que reclaman una vida digna y las oportunidades mínimas para hacer frente a sus necesidades más sentidas, sean estas personales, familiares o comunitarias. Sin embargo, esto es cuestión de investigación: determinar hasta qué grado estas estrategias contribuyen a la satisfacción de necesidades de este grupo.

Según Max-Neef (1996) se considera necesidad como atributos esenciales que se relacionan con la evolución cuyos satisfactores son formas de ser, tener, hacer y estar, que se relacionan con estructuras. Las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que aquel se hace palpable a través de su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos (Max-Neef et al., 1996).

Según Maslow, se debe de concebir las necesidades tan solo como carencia (Max-Neef et al., 1996). Esto implica que el espectro se enfoque a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “falta de algo”. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas; son también potencialidad y recursos.

La necesidad de participar es potencial de acción, tal como la necesidad de afecto es potencial de emoción. Acceder al ser humano a través de las necesidades permite tender el puente entre una antropología filosófica y una opción de políticas.

Comprender las necesidades como carencia y potencia, y comprender al ser humano en función de ellas así entendidas, previene contra toda reducción del ser humano a la categoría de existencia cerrada. Así entendidas, las necesidades como carencia y potencia, resulta impropio hablar de necesidades que se “satisfacen” o que se “colman”. En cuanto revelan un proceso dialéctico, constituyen un movimiento incesante, de allí que quizás sea más apropiado hablar de vivir y realizar las necesidades, y de vivirlas y realizarlas de manera continua y renovada (Max-Neef et al., 1986).

Por lo anterior, se aviva la necesidad de integrar al Adulto Mayor: a él mismo, a su familia y a su comunidad; recibiendo los beneficios que los programas de asistencia social le brindan y que están diseñados para la satisfacción de sus necesidades, demandando una auténtica atención humana y social, que le ha sido otorgada por la sociedad y el gobierno, y que por ley le pertenece.

Promover el buen uso y correcta aplicación de estos programas sociales es una necesidad imperante, que fortalece la percepción que de ellos se debe tener, y da la certeza de desarrollo de un país más justo para todos. Sabemos que el rol social de los adultos mayores está en constante movimiento (Shamah-Levy et al., 2008; CONAPO, 2010) y es necesario que el gobierno y las asociaciones civiles

planifiquen estratégicamente con y para los adultos mayores (OMS, 2005; SPPS, 2007, Shamah-Levy et al., 2008).

A estas alturas es necesario un modelo abierto a la comunidad, en la que los protagonistas asumen un rol activo. Asimismo, una intervención social gerontológica, basada en los siguientes ejes: enfoque epistemológico, ciencias sociales, enfoque gerontológico, planificación estratégica, niveles de intervención de enfermería en el trabajo social, desarrollo humano y capital social (Rico Venegas, 2000).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 3

MARCO CONCEPTUAL



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.1. Conceptualización de adulto mayor.

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en 1982, adoptó la definición de ancianos como la población de 60 años y más. Posteriormente se nombra a este grupo etéreo como el de "adulto mayor". Así mismo, también se define como aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse (ONU, 2000).

Los adultos mayores son aquellas personas que tienen más de 60 años de edad y que por solo pertenecer a este rango de edad se les conoce también como ancianos o personas de la tercera edad. Se considera que estas personas se encuentran pasando por la última etapa de la vida (Zapata Farías, 2001). Las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad (OMS, 2002).

El envejecer implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de

llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.

Los adultos mayores pertenecen a un grupo muy especial, y es por ello que es importante brindarles una atención adecuada contemplando la manera de abordarlos así como en la interpretación de sus síntomas. El dirigirse hacia ellos con respeto les hace saber que realmente son especiales y aún cuando ellos tengan su propia ideología referente a su estado de salud les agrada la compañía de alguien que se preocupe por ellos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2. Conceptualización de personal de enfermería.

Existen muchas concepciones e interpretaciones de lo que es el personal de enfermería. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la enfermera es aquella persona que proporciona o supervisa la mayor parte de la asistencia sanitaria. Personifica la conciencia pública con respecto a la salud mundial. Al mismo tiempo, considera que el papel de la enfermera consiste en responsabilizar a los gobiernos procurando que se pongan de relieve las cuestiones importantes, iniciando un debate significativo y proponiendo soluciones para producir cambios (OPS, 1997).

Por otra parte, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), el personal de enfermería se encarga de los cuidados tanto autónomos como de colaboración que se prestan a las personas de todas las edades. Dentro de sus actividades incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y sobre todo los cuidados hacia las personas enfermas, discapacitadas y/o moribundas. También se establece que dentro de sus funciones está la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y sistemas de salud y la formación de nuevo personal (CIE, 2010).

Henderson (2006) considera que el personal de enfermería es aquella persona cuya función propia es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

3.3. Conceptualización de programa de salud.

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Están creados con distintas misiones y visiones pero cada uno persiguen el mismo objetivo que es brindar atención eficaz y eficiente a la población y organizar las acciones de sociedad y gobiernos para la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud (Gobierno de Chile, 2012).

El programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. En el caso de México, se denomina Programa Nacional de Salud, el cual contempla cinco objetivos que lo definen de manera global (SS, 2007):

1. *“mejorar las condiciones de salud de la población;*
2. *reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;*
3. *prestar servicios de salud con calidad y seguridad;*
4. *evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y*
5. *garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país”.*

3.4. Conceptualización de percepción.

Para Branchs (1986), la percepción alude a la categorización de personas u objetos. Sin embargo, la percepción alude más en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información. Moscovici (1981) comenta que la percepción no es un proceso meramente individual o idiosincrásico, sino que existen diferentes visiones compartidas por distintos grupos sociales que tienen interpretaciones similares sobre los acontecimientos.

Es por ello que acuña el término de representación social, ya que contempla dos aspectos que se pensaban que no se relacionaban: la imagen o la alusión de un objeto, persona, acontecimiento idea etc.; y su carácter simbólico y significante (Jodelet, 1984).

3.5. Conceptualización de necesidad.

Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo. En psicología, la necesidad es el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia, lo que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta, a satisfacer la tendencia, a la corrección de la situación de carencia (Dorsch, 2002). De ahí es que se defina que la necesidad humana es la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla. Los recursos para producir bienes y servicios son escasos y las necesidades humanas son ilimitadas, de ahí que el problema básico que se presenta en todas las sociedades sea la escasez.

Las necesidades humanas las podemos clasificar atendiendo a varios criterios:

- a) Según su importancia o naturaleza: *primarias*: aquellas cuya satisfacción depende la supervivencia (vida) como son: alimentarse o comer, dormir, beber agua, respirar, abrigarse, entre otras; *secundarias*: aquellas cuya satisfacción aumentan el bienestar del individuo y varían de una sociedad a otra o de una época a otra. El bienestar humano no consiste solamente en la mera supervivencia. El ser humano busca su desarrollo integral como persona.

- b) Según su procedencia (de quien surgen) o carácter social: *del Individuo*: aquellas propias del individuo como ser humano. Pueden ser naturales (comer, beber agua, abrigarse) o sociales (llevar reloj, celebrar una boda, ver la televisión, usar corbata, vestir a la moda). Cambian de una sociedad a otra.;

de la Sociedad: parten del individuo y pasan a ser de toda la sociedad: el transporte (el metro o los autobuses públicos), la seguridad, el orden público, etc.

- c) Según su importancia para la Economía: *Económicas*: aquellas cuya satisfacción requiere la utilización de recursos escasos y la realización de alguna actividad económica. Ejemplo: comer, llevar móvil, el transporte público; *no Económicas*: su satisfacción no requiere hacer ninguna actividad económica

Maslow estudio las necesidades humanas y explica que la única razón por la que una persona hace algo es para satisfacer sus necesidades. Estas necesidades motivan hasta que se satisfacen. Maslow clasificó las necesidades humanas en 5 grupos o niveles, estableciendo una jerarquía que forman la llamada "Pirámide de Maslow" (Martínez Coll, 2001).

El escalón básico de Maslow es el de las necesidades fisiológicas, hambre y sed. Cuando el ser humano tiene ya cubiertas estas necesidades empieza a preocuparse por la seguridad de que las necesidades fisiológicas las va a seguir teniendo cubiertas en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño. Una vez que el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la satisfacción de otras necesidades, la aceptación social; quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro. Cuando el individuo está integrado en grupos sociales empieza a sentir la necesidad de obtener

prestigio, éxito. Finalmente, los individuos que tienen cubiertos todos estos escalones desean crear y alcanzar metas personales (Martínez Coll, 2001).

Para Maslow cuando una necesidad está satisfecha no es motivadora ya que el individuo se centra en la satisfacción de necesidades de niveles superiores. Para satisfacer las necesidades de un escalón o nivel superior hay que tener cubiertas las necesidades del escalón inferior.

Otro concepto de necesidad es el que presenta Virginia Henderson en su *Definición de Enfermería*, donde dice que *necesidad* es el objeto de los cuidados de enfermería, que son integrales (bio-psico-social) y son individualizadas. Parte de la teoría de las necesidades humanas básicas, en donde identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos. También hace la aclaración de que dichas necesidades pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por

causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: *permanentes* (edad, nivel de conocimiento, capacidad física) y *variables* (estados patológicos)



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 4

MARCO TEÓRICO DE ENFERMERÍA.

**VIRGINIA HENDERSON Y LAS 14
NECESIDADES HUMANAS.**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.1. Marco conceptual de enfermería.

En el espacio del conocimiento enfermero como ciencia, Morales (2004), refiere que se han generado numerosas aproximaciones filosóficas y teóricas que permiten explicar la demanda de cuidado, siendo la “salud”, el cuerpo de conocimientos de la profesión de enfermería. *“El cuerpo de conocimientos que ofrece un fundamento razonado por el quehacer de enfermería tiene patrones, formas y estructura que enmarcan los horizontes de sus expectativas y representan maneras propias de pensar acerca de los fenómenos de su interés: El cuidado y la salud”* (Vega A, 2006).

Como expone Fernández Ferrin & Luis Rodrigo (2005) *“Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia”*, por lo tanto la enfermería con el objetivo de cumplir este requisito, apuesta por una metodología científica aplicable al ámbito de su profesión.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2010), *“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.”*

Cita Marquis Bishop (1999) que *“la construcción de teorías en la disciplina enfermera es la formalización de los esfuerzos por describir explicar, predecir o controlar las cuestiones relativas a esta ciencia, es decir los fenómenos de enfermería”* Para Wesley (1997) *“las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí, que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa. Los Modelos son representaciones de una realidad que denominamos proceso de cuidar, enlaza grupos de conceptos y los organiza para describir un fenómeno”*

Todas las teorías y modelos de enfermería están delimitados por un Marco Conceptual o Referencial (marco filosófico de una disciplina o profesión), o lo que Fawcet (1995) denomina Meta paradigma, que *“son conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería, o sea: Salud, Persona, Entorno o Ambiente y Cuidado o Enfermería”*

4.2. Modelo conceptual.

Salud, Persona, Ambiente y Cuidado han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de Modelos Conceptuales. Un modelo conceptual, según Fernández (1985) es *“la representación ordenada de un conjunto de ideas reunidas para representar una idea global”*, están fundamentados según Moreno (2005), en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias que sobre la práctica de profesión tienen los autores que los han propuesto.

Los modelos conceptuales son por tanto, según Fawcett (1995) & Sánchez (2000), una construcción mental de una realidad concreta y guiará la práctica profesional o lo que es lo mismo en palabras de Kerouac, Pepin, Ducharme & Duquette (2002) *“Un modelo conceptual ofrece una perspectiva única a partir de la cual las enfermeras pueden desarrollar los conocimientos que le servirán para su práctica”*

De manera que la prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados mediante la investigación, nos permitirá llegar a desarrollar una teoría enfermera, que como afirma Marriner Tomey (1999) nos ayude a *“adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”*

Dependiendo de los conceptos expuestos anteriormente sobre la importancia de los modelos conceptuales aplicados a la investigación, debemos recordar que el modelo conceptual proporciona un marco de referencia para tratar de explicar y abordar una realidad y encontrar su significado. Por lo anteriormente expuesto el modelo que sustenta esta investigación es el de Virginia Henderson, que más que un modelo es una filosofía, que nos permitirá entrelazar la teoría con los hallazgos en la investigación.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.3. El Modelo Conceptual de la Dra. Virginia Henderson

La aportación de V. Henderson a la disciplina enfermera, ha tenido un indudable valor. Sus investigaciones han contribuido al desarrollo del conocimiento de la disciplina, orientando los fenómenos y conduciendo a la construcción de los modelos teóricos. Salud, Persona, Ambiente y Cuidado o rol de la disciplina, conceptualizan, como ya hemos mencionado los Modelos Conceptuales.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Según Virginia Henderson (1994) *“La enfermera asiste al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, para que el adquiriera la independencia lo mas rápidamente posible”*.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : *"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"*.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad , o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "*los cuidados enfermeros*", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

1. Respirar con normalidad,
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades , miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión .

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos :
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado , facilitando así la definición del campo de actuación

enfermero , y a nivel más práctico , la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas .

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería:

- a) Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental , que está constituida por componentes biológicos , psicológicos , sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia . Necesita fuerza, deseos , conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.
- b) Entorno: Incluye relaciones con la propia familia , así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados .
- c) Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

4.4. Razones para la adopción del modelo de Henderson

Desde una perspectiva general hemos optado por el modelo conceptual de Virginia Henderson porque ofrece una construcción teórica fácilmente comprensible y con una filosofía concordante. Se basa en la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción enfermera. Para entender la teoría de las necesidades tenemos que partir de algunas consideraciones generales:

- 1) El ser humano es un todo integrado y organizado, por lo tanto, todo individuo está motivado y no una parte de él solamente.
- 2) La persona ha de satisfacer una serie de necesidad que le proporciona un nivel óptimo de bienestar.
- 3) Las necesidades son medios para llegar a alcanzar un fin más que un fin en si mismas.
- 4) Las necesidades son comunes a todos los seres humanos, aunque culturas diferentes pueden generar formas totalmente distintas satisfacer la necesidad en particular.
- 5) Las necesidades tendrán que evaluarse según el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona.
- 6) El ser humano, por lo general, nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa.

Y a manera de conclusión , es importante recordar que en las últimas décadas se ha observado un cambio en la distribución de la población, en la cual se aprecia un incremento en el numero de adultos mayores, y a medida que la población envejece aumentan la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, y

ante este panorama se plantea la necesidad de ofrecer un cuidado adecuado a las personas, en base a sus necesidades en su condición actual; que de acuerdo a Henderson, las necesidades son el objeto de los cuidados de enfermería, que son integrales e individualizadas y que buscan que el individuo logre su independencia en el menor tiempo posible.

Asimismo, ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

La responsabilidad profesional del personal de Enfermería consiste en aplicar en todo ámbito, los principios de protección de la persona, deben como defensores de los seres humanos, ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte. El respeto al ser humano es el fundamento de las relaciones humanas y constituye un deber moral de cada hombre que, en el caso de los profesionales de la salud adquiere una connotación mayor, porque la propia sociedad les ha asignado un importante encargo: la protección de la salud de grandes masas. Hace referencia que la meta del profesional de Enfermería es la satisfacción de sus necesidades.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 5

MARCO TEÓRICO.

SERGE MOSCOVICI Y LAS
REPRESENTACIONES SOCIALES.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.1. Bases, definición e interpretación de la representación social.

Es muy común que las personas hagan referencias sobre los objetos y los sucesos que lo rodean, sean físicos o inanimados. A pesar de ello, ellos los clasifican, los explican y los evalúan ya que tienen una representación social sobre dicho objeto. Esto es hacer un equivalente pero no en el sentido de equivalencia fotográfica, sino que se da a través de una figura. Solo bajo esta condición surge la representación y el contenido correspondiente (Jodelet, 1984 cit. Araya, 2002).

Fritz Heider (1958) dio una explicación sobre el sentido común que utilizan las personas en su vida diaria, tanto para explicarse a sí mismas sus conductas como para entender las de los otros, y por ende, sus comportamientos. Según esto, *“la gente tiene un conocimiento de su entorno y de los sucesos que ocurren en el, logran este conocimiento a través de la percepción y otros procesos, se ven afectados por su ambiente personal e impersonal [...] permanecen en relación de unidad con otras entidades y son responsables de acuerdo con ciertas normas. Todas estas características determinan el papel que la otra persona juega en nuestro espacio vital y como reaccionamos ante ellas [...]”* (Heider, 1958, cit. Alfonso, 2007)

Durkheim por su parte, propone el término de representación colectiva, el cual explica como *“[...] la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan”* (Durkheim, 1976 citado por Alfonso, 2007). Considera los hechos sociales de carácter simbólico como un producto de la asociación de las mentes de los individuos.

Tanto las ideas de Heider (1958) como Durkheim(1976) sentaron las bases de una nueva forma de interpretar el comportamiento de una población con respecto al conocimiento que tienen sobre las cosas que lo rodean y la manera en que las personas de una comunidad exteriorizan esta información. La teoría de las representaciones sociales (RS) es uno de los modelos más recientes de la psicología social, cuyo principal exponente es el rumano Serge Moscovici a través de su trabajo doctoral denominado “*La psychoanalyse son image et son public*” (*El psicoanálisis, su imagen y su público*). Este modelo surge ante la preocupación de entender la naturaleza del pensamiento social (Alfonso, 2007).

Moscovici dice que las representaciones colectivas que son mecanismos explicativos y que se enfocan a una clase general de ideas y creencias (ciencia, mito, religión, etc.). Indica que todo esto se debe de comprender como fenómenos que necesitan ser descritos y explicados de tal manera para que puedan ser entendidos y comunicados (manera que crea la realidad y el sentido común). Esto es para enfatizar la distinción entre lo social y lo colectivo (Araya, 2002; Mora, 2002; Alfonso, 2007).

Una RS puede considerarse como “la transformación de lo no familiar en familiar”. Lo anterior se relaciona, de acuerdo con Lacolla (2005) a que el pensamiento de sentido común es bombardeado de manera constante y abundante de información y basadas prácticamente en lo perceptivo. Esto hace que las personas intenten interpretar o adecuar de manera estable todo lo relacionado con los descubrimientos, las nociones y los lenguajes que lo rodean.

Las RS son construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, que funcionan y perduran con independencia de tales o cuales individuos concretos y generan conductas relacionadas con ellas. Es decir, este tipo de pensamiento desempeña funciones sociales específicas, orientando la interpretación / construcción de la realidad y guiando las conductas y relaciones sociales entre los individuos (Araya, 2002; Lacolla, 2005).

Estas aparecen en las sociedades modernas en donde el conocimiento está dinamizado por la información que circulan y que exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana. A diferencia de los mitos, las RS no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones ya que los medios de comunicación exigen el cambio continuo de conocimientos y la existencia de un receptor (Mora, 2002).

Al mismo tiempo, este proceso contribuye exclusivamente al proceso de formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones (Araya, 2002; Mora 2002; Lacolla 2005). No se puede negar su influencia en la resolución de problemas, en la generación de las relaciones sociales así como el propiciar un patrón de conducta en un grupo social.

3.2. Nociones de las representaciones sociales.

La RS es una modalidad particular del conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un cuerpo organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios.

Se debe de considerar como sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a las personas los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo (Lacolla, 2005, Alfonso, 2007), lo cual conlleva a una organización de imágenes y de lenguajes. Toda RS está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes.

Una RS habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares emitidos en una u otra parte durante una conversación por parte de la sociedad del cual cada uno, quiéralo o no, forma parte de ello. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existan. Cada universo posee tres dimensiones, la actitud, la información y el campo de la representación.

En base a todo lo anterior, la representación social concierne a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible y que ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí misma. Es considerada además un proceso y producto de la construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado. Con lo anterior, Denise Jodelet (1984 cit. Alfonso,2007) plantea que la noción de la RS concierne a:

- a) La manera en que nosotros aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro entorno, la información que circula y a la sociedad que nos rodea.
- b) El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común.
- c) El conocimiento socialmente elaborado y compartido surgido a partir de las experiencias, informaciones y modelos que recibimos y transmitimos a través de la tradición.
- d) Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social, tratando de comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.
- e) Es un producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica.
- f) Por último, son imágenes condensadas de un conjunto de significados, sistemas de referencias que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso dar sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo

que ver, formas de conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual (Jodelet, 1986).

En la actualidad, se ha establecido que las representaciones sociales conciernen al conocimiento de sentido común que se pone a disposición en la experiencia cotidiana. Son percepciones que surgen de las construcciones de una idea simple dando guía a la interpretación de la realidad. Estas surgen de las interacciones y el contacto de los diversos discursos que circulan en el espacio público (Jodelet, 2000).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3. Elementos y organización de las representaciones sociales.

Las RS están integradas por formaciones subjetivas tales como opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Las representaciones se estructuran en base a tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre el objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

La actitud es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación. Expresa una orientación evaluativa en relación con el objeto. Orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección (Araya, 2002; Mora 2002; Alfonso 2007).

La información es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación, su cantidad y calidad es variada en función de los diversos factores que lo rodean. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial. Influye tanto en la cercanía como en la lejanía de los grupos con respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este (Alfonso, 2007).

La información concierne también a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial su

carácter más o menos estereotipado o prejuiciado el cual revela la presencia de la actitud de la información.

Las RS no son las únicas producciones mentales que tienen un origen social. Otras modalidades del pensamiento surgen también del trasfondo cultural acumulado a lo largo de la historia. Tampoco son las únicas que se forman con base en instancias sociales estructuralmente definidas y que tienen un modo de existencia social. Es aquí en donde las ideologías, las creencias y las percepciones entran a jugar un papel importante dentro del desarrollo de las RS.

Una ideología es el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas pertenece por lo tanto al tipo de relación que une a las partes con el todo. La ideología sí tiene un carácter de generalidad que la asimila a un código interpretativo o a uno dispositivo generador de juicios, percepción, actitudes, sobre objetos específicos, pero sin que el propio código esté anclado en un objeto particular sino que atraviesa a todos los objetos. No es atribuible a un agente particular sin embargo se puede afirmar que es una de las condiciones de producción de las RS.

Las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase “*Yo creo que...*” (Rokeach, 1991 cit. Araya, 2002). Su contenido puede describir el objeto de la creencia como verdadero o falso; evaluarlo como bueno o malo o bien propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como

indeseable. Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa – efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción.

Por otro lado, la percepción alude a la categorización de personas u objetos por lo que ambos conceptos se tienden a confundir. Sin embargo, los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información y los RS en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos (Araya, 2002).

También debemos de tomar en cuenta a los estereotipos y a las actitudes. En el caso de los primeros, son categorías de atributos específicos a un grupo que se caracterizan por su rigidez. Son más dinámicas que las RS pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas. Se diferencia al mismo tiempo de las RS debido a que son el primer paso que da origen a una representación (Araya, 2002; Mora, 2002).

Por otro lado, la actitud se sitúa exclusivamente en el polo de las respuestas. El concepto de una actitud implica la existencia de un estímulo ya constituido hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya construido hacia él. La actitud determina y orienta respuesta frente a cierto estímulo. La disposición a responder de cierta forma no se adquiere, por lo que es un fenómeno separado de la elaboración del estímulo.

Otro elemento es la opinión, la cual según Moscovici (1979) es una fórmula socialmente valorizada a la que las personas se adhieren y una toma de posición acerca de un problema controvertido de la sociedad o de objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo. La opinión propicia el uso de los conceptos pero no es el origen de tales ya que los significados los origina el proceso de las RS que se confrontan en el contexto de la comunicación y la divergencia.

Con respecto al campo de la representación, es aquí en donde se sugiere la idea de modelo y se refiere al orden que toman los contenidos representaciones que se organizan en una estructura funcional determinada. Se estructura en torno a un núcleo o esquema figurativo que constituye la parte más estable y sólida de la representación compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. Aquí se encuentran los elementos de mayor significancia para los sujetos en donde se expresan la forma vívida del objeto representado (Alfonso, 2007).

Claude Abric (1976) comenta que una representación está organizada en un sistema central y otro periférico. Plantea que los individuos o grupos reaccionan no al as características objetivas de la situación, sino a la representación que de ellas tienen. A continuación se muestra una tabla en donde se exponen los principales puntos de ambos sistemas propuestos por Abric (tabla 2).

Tabla 2. Los sistemas de Claude Abric (1976)

Sistema central	Sistema periférico
<ul style="list-style-type: none"> • Se vincula y determina por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Delimitada por la memoria del grupo colectivo y sus sistemas de normas. • Es estable, coherente y se resiste al cambio. • Posee cierto grado de independencia con respecto al contexto social inmediato. • Es el elemento unificador o estabilizador, ya que determina la naturaleza de los lazos entre los elementos de la representación. • Su función es consensual, permitiendo la homogeneidad del grupo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es más sensible a las características del contexto inmediato. Se sustenta en el central para determinar una posición o conducta. • Asegura la función de regulación y adaptación del sistema central a los desajustes y protección de la significación central de la representación, absorbiendo información nueva. • Posibilita la integración de la representación a las variaciones individuales a la historia del sujeto a las experiencias vividas. Hace posible la existencia de representaciones más individualizadas.

La teoría de las RS constituye tan solo una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. La ventaja de este enfoque es que toma en consideración y conjuga por igual las dimensiones cognitivas y sociales de la construcción de la realidad. Ello hace que su óptica de análisis, la elección de aspectos relevantes a investigar y la interpretación de los resultados difiera en gran medida de la cognición social (Araya, 2002).

Bajo esta perspectiva teórica pueden ser analizados una vasta gama de fenómenos, desde la percepción social, la comunicación, la formación del sentido común y en la determinación de lo que es o no científico. Al mismo tiempo valida las formas de pensamiento y su aplicación, las creencias y los mitos, los criterios sobre la normalidad en términos consensuales; la conformación de la opinión pública y la influencia social (Mora, 2002; Lacolla, 2005).

3.4. Construcción de las representaciones sociales.

Moscovici comenta que para comprender la representación social es necesario cambiar el foco de interés de lo individual a lo colectivo, ya que las interacciones sujeto – objeto no se dan en condiciones de un solo sujeto, más bien en donde existe una colectividad, modificando el esquema clásico de relación e interacción sujeto – objeto a un esquema denominado triádico (figura 5).

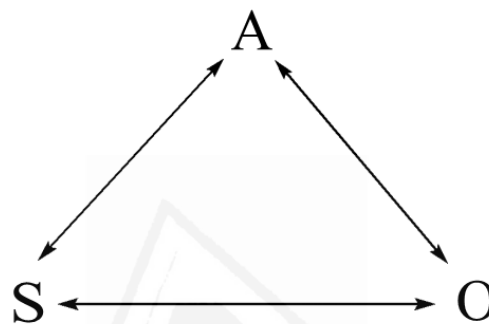


Figura 5. Sistema triádico de interacción de la información. S=Sujeto, O=Objeto, A=Alter (Comunidad)

El esquema triádico de Moscovici da mayor importancia a la relación de sujeto – grupo por que los otros son mediadores del proceso de construcción del conocimiento y la relación existente con el objeto es lo que posibilita la construcción de significados. En la construcción de la realidad social, el papel del Alter (grupo) es significativo. Las personas se relacionan entre si y en esta relación con los otros y las otras elaboran observaciones, críticas, comentarios y filosofías no oficiales que tienen una gran influencia decisiva sobre sus escogencias, formas de educar a sus hijos e hijas, en la elaboración de planes entre otras cosas (Araya, 2002; Alfonso, 2007).

Por ello, la teoría de las RS realiza su énfasis en la importancia de los procesos que infieren y que están presentes en la construcción de la realidad y en la insistencia de que la realidad es “relativa” al sistema de lectura que se le aplica. Al mismo tiempo, se enfatiza en la importancia de los significados, el papel de los aspectos simbólicos y de la actividad interpretativa de las personas, sin embargo no admite que la construcción de la realidad pueda resumirse en su interpretación.

Para calificar de social a una representación es necesario poner el acento en la función más que el agente que la produce. Lo social de una representación proviene de su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. Las representaciones son sociales en la medida en que facilitan la producción de ciertos procesos claramente sociales. En la medida en que crean una visión compartida de la realidad y un marco referencial común, las representaciones sociales posibilitan el proceso de las conversaciones cotidianas.

En este sentido, las conversaciones se puede definir como el lugar donde las personas construyen y negocian el sentido de la interacción (Criado, 1991 cit. Araya, 2002) Lo colectivo impregna también un carácter social a las representaciones. Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias:

- El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia. Dicho fondo está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores

considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad.

- Los mecanismos de anclaje y objetivación. Ambos son mecanismos que provienen de la forma dinámica de las representaciones sociales. El primero concierne a la forma de saberes y el segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las mismas así como su intervención.
- El conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social.

En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él, lo invisible se convierte en perceptible.

Este proceso posee tres fases (Jodolet, 1984):

- a) La construcción selectiva. La retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos.
- b) El esquema figurativo. El discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras. Es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Es lo que se denomina también como núcleo figurativo (Mascovici, 1984)
- c) La naturalización. Es la transformación de un concepto en una imagen, perdiendo su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con

existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad.

El anclaje por su parte, permite transformar lo que es extraño en familiar. Este proceso tiene una dirección diferente a la de la objetivación, mientras que el primero se encarga de reducir la incertidumbre, este último se encarga de incorporar lo extraño en lo que crea problemas en una red de categorías y significaciones ya sea a través de la inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente o bien, la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Se tiene que aclarar que el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, pero las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia en las diversas interacciones sociales siendo influenciado por los intereses y valores del mismo grupo social.

Tajfel (1999) propone que las RS responden a tres necesidades: a) clasificar y comprender los acontecimientos complejos y dolorosos; justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos y c) para diferenciar un grupo respecto de los demás existentes. En resumen, causalidad, justificación y diferenciación social.

Ante ello, Moscovici comenta que existen tres condiciones de emergencia: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo; y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido. Según Moscovici, la información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. Los datos de que se dispone la mayor parte de las personas para responder, generar ideas o un propósito son insuficientes o bien superabundantes.

Con respecto a la focalización, tanto una persona como una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Aparecen como fenómenos a los que se debe mirar detenidamente. Por último la presión a la inferencia es relacionada con la reclamación de opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público.

Las exigencias grupales para el conocimiento de determinado evento u objeto se incrementan a medida que su relevancia crece. El propósito fundamental es entonces no quedar excluido del ámbito de las conversaciones, sino poder realizar inferencias rápidas, opiniones al respecto y un discurso más o menos desarrollado. Estas tres condiciones de emergencia de Moscovici son la base que permite la aparición del proceso de formación de una representación social.

3.5. El pensar del adulto mayor bajo el modelo de Moscovici.

Un aspecto interesante del modelo de Moscovici es que se puede trabajar con cualquier grupo social o etario, siendo el adulto mayor uno de ellos. Ante el hecho de que no todos los adultos mayores tuvieron una educación académica adecuada debido al periodo histórico en el cual se desarrollaron, no podemos negar el hecho de que la escuela de la vida resana esta deficiencia, generando su conocimiento en base a la comprensión de las experiencias vividas.

También debemos de tomar en cuenta que la sociedad cambiante y acelerada propicia nuevas perspectivas en cuanto a los objetos que rodean al adulto mayor, cambiando su idea, visión, creencias y perspectivas de las cosas. La influencia de los amigos, compañeros, medios de comunicación así como de la misma familia determinan el conocimiento que tiene sobre ciertos temas. También, aunado a estos influjos, la misma experiencia que ha tenido con la convivencia diaria y el padecimiento de las dificultades propias de la persona, hacen que generen una idea generalizada y/o particularizada de los casos vividos.

Así pues, en el momento en el cual son atendidos por parte del personal de enfermería o cuando son atendidos por el personal de salud de un sistema propiamente dicho, el adulto mayor va generando y construyendo su visión y conocimiento en base a lo que va viviendo en dichos lugares. Tomando en cuenta la atención, el trato, la forma en que se dirigen hacia ellos, la forma de comunicarse con ellos, apariencia, gesticulación entre otros tantos elementos que se pueden mencionar, conforman el conocimiento del entorno que los rodea.

Con todo esto en mente, debemos de considera que el adulto mayor va a definir e identificar al personal de enfermería según su propia experiencia. También no debemos de negar el hecho de la influencia de otros puntos de vista, en donde se podrá obtener una aceptación de una idea de forma colectiva o bien el rechazo de otra idea sobre la misma persona. Estos elementos son muy importantes el tomarlos en cuenta, ya que con ello darán referencia tanto de las debilidades como de las fortalezas que tiene el mismo personal de enfermería.

Por otra parte, con respecto a los programas existentes a favor del adulto mayor, debemos de tomar muy en cuenta el papel que tienen los medios de comunicación. Se debe de contemplar que el adulto mayor solamente va tomar en cuenta a aquellos programas cuya difusión sea generalizada. Algo importante es el estar consientes que no todos los adultos mayores poseen los medios adecuados para conocer todos estos programas, por lo que la voz viva y la transmisión verbal de estos beneficios son de gran importancia. Dicho ejercicio de comunicación es que de determinará el nivel de comprensión y aceptación de estos programas.

Conjunto al conocimiento que tengan los adultos mayores sobre estos programas, también debemos de tomar en cuenta aquellas experiencias que tuvieron o tienen con respecto a estos. Desde el trámite, la aplicación y los beneficios que ellos adquieren u obtienen completarán la visión y la percepción que ellos tienen sobre estos beneficios.

Y si bien nos damos cuenta que solamente nos basamos en las experiencias que ellos tienen en base a ciertos temas, personas o programas; estamos haciendo referencia que para comprender el sentir y el pensar del adulto mayor, estamos tomando en cuenta el modelo triádico para comprender este fenómeno. Esto puede ser representado en cierta forma según lo muestran la figura 6 para el caso de los programas y figura 7 para el caso del personal de enfermería.

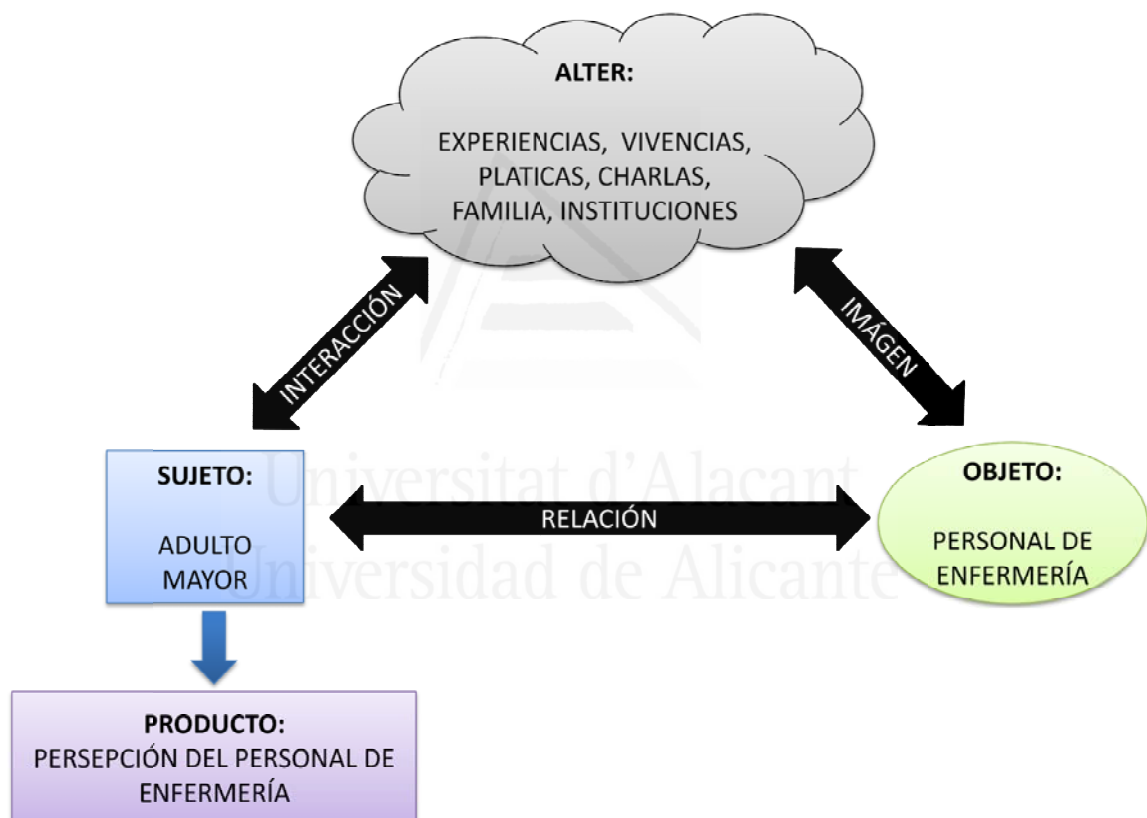


Figura 6. Sistema triádico entre el adulto mayor, el personal de enfermería y el alter, para la obtención de la percepción sobre el personal de enfermería.

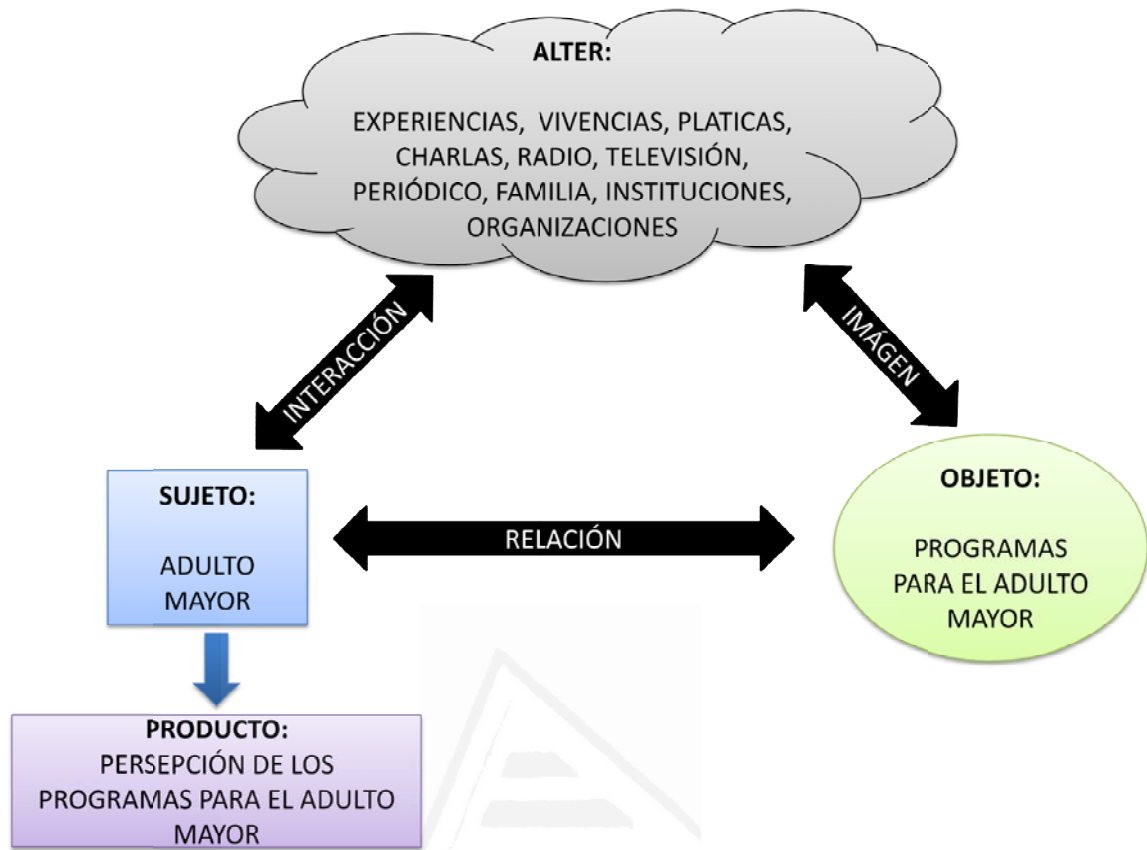


Figura 7. Sistema triádico entre adulto mayor, los programas para el adulto mayor y el alter, para la obtención de la percepción sobre los programas sociales en beneficio del adulto mayor.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 6

METODOLOGÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.1. Método y diseño de estudio.

Un aspecto importante de aclarar cuando se lleva a cabo un trabajo de investigación es el determinar el método y diseño que se aplicará. Para este caso, se sigue un esquema del tipo cualitativo, puesto que la temática sobre la percepción del adulto mayor con respecto a los programas de salud y de la atención recibida por parte del personal de enfermería así lo amerita. Lo anterior se llevará mediante la recolección de los datos a través de una serie de entrevistas, lo cual muestra un diseño fácil y flexible (Polit, Hungler; 1997).

La investigación cualitativa goza de una buena fama y reputación en las ciencias sociales y recientemente se ha estado abriendo paso en el área de las ciencias de la salud; sin embargo ha presentado dificultades en cuanto a aceptación se refiere (Amezcuca, 2000). Al mismo tiempo, permite la identificación, descripción, exploración y explicación del fenómeno procurando responder a la pregunta del ¿Por qué? (Ruiz Olabuenaga, 2003). Con ello, se pretende comprender de mejor manera las actitudes, creencias, motivos y comportamientos del adulto mayor ante la aplicación de los programas de salud y de la atención recibida por parte del personal de enfermería.

En definitiva, este tipo de investigación es útil para entender las experiencias humanas como sentir dolor, sentirse cuidado, la impotencia y el confort. Este enfoque se basa en una visión del mundo que parte de tres principios fundamentales (Burns, Grove; 2003): a) no existe una realidad única, b) la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo y c) aquello

que conocemos solamente tiene significado en una situación dada. De este método de investigación se retoman dos tipos de diseños: el etnográfico y el de investigación-acción.

El diseño etnográfico considera analizar los aspectos culturales de interés correspondientes al grupo de estudio. Etnográfico significa “*retrato de un pueblo*” y su origen radica en la antropología (Burns, Grove; 2003). Su interés y ejercicio consiste en la observación y descripción de lo que la gente hace, del cómo se comportan y del cómo interactúan, con el objeto de describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias (Nolla Cao, 1997). La etnografía es un proceso sistemático de aproximación a una situación social, considerada de manera global en su propio contexto natural.

Con el uso de este modelo podremos explicar el comportamiento de los grupos de adultos mayores que están dentro de nuestra comunidad, pues si bien es cierto que pertenecen a una misma región, las características del entorno de cada sector varían de manera considerable. Cada una de los sectores percibe de diferente manera la atención y la aplicación de los programas de salud. Con esto en mente, la etnografía nos ayudará a comprender estas diferencias sobre sus creencias en el ámbito de la salud.

La investigación etnográfica aquí presentada no solo está orientada en conocer el sentir y pensar del adulto mayor; sino que también se considera la participación del personal de enfermería dentro de este trabajo. El saber el pensar

del personal que atiende y asiste al adulto mayor de cada comunidad nos ayudará a comprender mejor la realidad de cada lugar con respecto a los programas de salud que se aplican. Así mismo, se pretende conocer mediante la aplicación de entrevistas, la información que conoce en si tanto el adulto mayor como el personal de enfermería sobre los programas, con lo que se logrará un mejor panorama sobre esta temática.

Con respecto al diseño de investigación – acción, primeramente debemos de conocer sus características para poder definir los aspectos que se retoman para esta investigación. De acuerdo con Meyer (2006), el diseño de acción – investigación es una aproximación que consiste en interpretar y explicar las situaciones sociales al mismo tiempo que se implementan planes de intervención para generar el cambio deseado. Este enfoque está orientado a la participación del investigador en donde éstos son los agentes del proceso de cambio.

Citando a Waterman y cols. (2001), Meyer retoma la definición que dice que la investigación – acción *“es un periodo de consulta que describe, interpreta y explica las situaciones sociales, al mismo tiempo que lleva a cabo una mediación para el cambio, orientada a la mejora y a la participación”*. Dentro de este diseño, existen tres categorías (Meyer, 2006):

- a) *Técnico-científica y positivista*. En este modelo, el investigador se ve como un experto, quien aplica los métodos tradicionales de investigación. El objetivo de esta práctica es comprobar la eficacia de cierto tipo de intervención. Este procedimiento se suele asociar con los procedimientos de gestión.

- b) *Mutua, conjunta e interpretativa*. Consiste en la colaboración de los autores de las políticas, investigadores, usuarios de los servicios y profesionales de la salud para identificar los problemas potenciales, probar soluciones, controlar los procesos y los resultados del cambio. Se fundamenta en canales abiertos de comunicación en donde los participantes lleguen a un consenso sobre lo que se necesita cambiar y el compromiso colectivo que conlleva la investigación.
- c) *Crítica y de emancipación*. Este modelo es explícito en cuanto a sus políticas y críticas, por lo que en ocasiones las entidades patrocinadoras no suelen apoyar este tipo de trabajos. Desafía las fuerzas que se lucran a costa de mantener determinados puntos de vista y otorga valor a las nociones de participación, capacitación y emancipación.

De estos tres modelos, se retoma el de acción investigación mutua, conjunta e interpretativa puesto que la temática relacionada con la percepción del adulto mayor nos da las herramientas necesarias para poner y proponer en acción líneas y estrategias que cubran las necesidades que los adultos mayores que den a conocer durante el desarrollo del trabajo.

Al mismo tiempo, la participación del personal de enfermería de cada lugar contribuirá al ejercicio de triangulación de información, lo cual brindará las bases necesarias para fundamentar y estructurar adecuadamente cada una de las líneas propuestas.

Con todo esto se pretende realizar un verdadero acercamiento al grupo de adultos mayores para poder así brindar los cuidados y las atenciones que requieran, al mismo tiempo en el que se den a conocer y ejecutar de forma adecuada las programas de salud que el gobierno implementa para su beneficio, logrando así contrarrestar los déficit que se lleguen a detectar.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.2. Población de estudio.

6.2.1. Población Diana.

Con fundamento en las preguntas planteadas en el desarrollo del presente trabajo de investigación, nuestra población de interés está determinada tanto por aquellas personas que son beneficiarias de los diversos programas de salud orientados a las personas de la tercera edad, así como en aquellas personas que brindan el servicio de cuidado y atención hacia ellos. Tanto los adultos mayores como el mismo personal de enfermería que atiende a ese sector son los grupos de interés, sin embargo nuestro grupo de mayor interés serán los adultos mayores.

El trabajo de investigación, el cual es de naturaleza del área de la enfermería tiene como interés el conocer la percepción que tiene el adulto mayor ante los programas de salud que se implementan a beneficio de ellos. Es importante conocer su opinión, conocimientos, creencias, sentir y saber de ellos con respecto a la implementación de dichos beneficios. Lo anterior con el objeto de identificar las necesidades que ellos acaecen y poder así contextualizar la problemática de las necesidades carentes en ellos.

También, como parte del ejercicio de la aplicación de acciones que cubran las necesidades que el adulto mayor requiere, la opinión y el pensar del personal de enfermería que los atiende en sus comunidades es muy importante. Esto es para poder complementar y contrastar lo que el adulto mayor dice con lo que el mismo profesional comenta y vive en dicha región, favoreciendo en la toma de decisiones para la formulación de las líneas de acción que se requieran.

6.2.2. Muestra.

El tamaño de la muestra está determinado por el método de conveniencia, puesto que la asistencia del adulto mayor a los centros de salud urbanos (CSU) varía de forma periódica. De tal manera que se determinó escoger y seleccionar grupos representativos de adultos mayores conformados por 16 integrantes: ocho mujeres y ocho hombres. Este procedimiento se realizó en base a la aplicación de una serie de entrevistas socio-demográficas y en base a los datos recabados se seleccionaron para posteriormente invitarlos a participar en una mesa de discusión.

Se conformaron dos grupos con este tipo de características: uno que es asistido en la Colonia Estudiantil, ubicado al poniente de la ciudad; y otro que se encuentra en la Colonia Vicente Guerrero, en el oriente de la misma. Cabe señalar que dichas comunidades se localizan dentro del polígono municipal de Ciudad Victoria, perteneciente al estado de Tamaulipas en México.

Al mismo tiempo se seleccionó al personal de enfermería que atienden a los grupos de adultos mayores, los cuales laboran en los CSU correspondientes. De cada lugar se seleccionó a un responsable de enfermería, puesto que en cada CSU son pocos miembros de enfermería que están asignados a dichas comunidades, los cuales de preferencia deben de participar en la aplicación de los programas y actividades en beneficio del adulto mayor.

6.2.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Con respecto a los adultos mayores que se seleccionaron para participar en la presente investigación, deben de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Género indistinto, es decir participan tanto hombres como mujeres.
- 2) Nacionalidad mexicana
- 3) Que lleven radicando 3 o más años de su vida en la colonia del estudio.
- 4) Que asistan a los CSU correspondientes a recibir la atención que requieren de forma periódica.
- 5) Que tengan participación en alguno de los programas de salud que se implementan dentro de su localidad.

También se debe de tomar en cuenta que se trabajará con el personal de enfermería, y para ello se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Género indistinto, es decir participan tanto hombres como mujeres.
- 2) Nacionalidad mexicana
- 3) Que lleven laborando por lo menos 2 años en el CSU respectivo.
- 4) Que tenga participación en los programas de salud en beneficio del adulto mayor.
- 5) Que se encuentre titulado.

En el caso de los criterios de exclusión, serán todos aquellos que anulen algunos de los aspectos mencionados con anterioridad, y con respecto a los de eliminación, se contempla lo siguiente:

- 1) En el adulto mayor:
 - a) El deseo de no participación durante el transcurso de las actividades.
 - b) Que durante la entrevista presente complicaciones de salud, a lo cual se deberá de canalizar inmediatamente.
 - c) Que el adulto mayor no asista a las entrevistas y reuniones a las cuales fue invitado.
- 2) En el personal de enfermería:
 - a) El deseo de no participación en el desarrollo de las actividades.
 - b) Que el personal de no se encuentre titulado.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.3. Posición del investigador principal en el contexto.

La participación activa del investigador mostro grandes beneficios en el desarrollo del trabajo de investigación. Si es bien sabido que la formación académica que posee dentro de la profesión del ejercicio profesional de enfermería favorece el desarrollo óptimo de la investigación; el estatus y la interacción que ha tenido en los diferentes centros de salud y la participación activa dentro de estas dependencias ha sido un factor determinante en el desarrollo y evolución del trabajo.

La experiencia que tiene el investigador en los temas relacionados a la implementación de los programas de salud así como su interés en la atención del adulto mayor, permitieron que el ejercicio de la recolección de datos y la gestión requerida se realizara sin ningún tipo de inconveniente. La participación activa y constante dentro de la temática de la atención orientada al adulto mayor, permitieron que la investigadora se dirigiera de forma adecuada al grupo de interés. Al mismo tiempo, la facilidad de comunicación con los diferentes niveles de organización propició una interacción y participación adecuada con los diferentes estratos de las instituciones de salud, evitando así las dificultades de aspecto jerárquico.

6.4. Informantes del estudio.

6.4.1. Informantes privilegiados.

Para el desarrollo de la investigación, se contó con la participación de dos informantes privilegiados, los cuales surgen de los grupos de adultos mayores entrevistados que se formaron en las colonias Estudiantil y Vicente Guerrero. En este caso, el criterio para seleccionar a cada uno de estas personalidades fue a través del nivel de participación que presentaban durante la actividad de la entrevista grupal. Para efectuar la actividad de la entrevista personalizada con el informante privilegiado se contó con la participación de cuatro alumnos de maestría quienes llevaron a cabo dicho ejercicio.

6.4.2. Informantes generales.

Con respecto a los informantes generales, se contemplaron a los miembros del equipo de salud que laboran en cada CSU correspondiente. Para fines del trabajo, se trabajó con el personal de enfermería de cada lugar, seleccionando a un elemento de cada lugar. El criterio que se tomó en cuenta y considerando la naturaleza del estudio, es su participación dentro de las actividades de los programas de salud en beneficio del adulto mayor.

6.5. Instrumentos y técnicas para la investigación.

6.5.1. Técnicas en relación al investigador principal.

Para desarrollar de forma adecuada el trabajo de investigación, se implemento por parte de la investigación etnográfica la observación participante y por parte de la investigación acción la exploración e intervención.

La observación participante conlleva que el investigador esté inmerso en el entorno y se familiarice con él. Si ésta participación es prolongada, los conocimientos que se tiene de la cultura del lugar es más profundo y completo, sin embargo también se tiene contemplado espacios de retiro con el fin de analizar adecuadamente la información recabada (Holloway & Todres, 2006). Para el desarrollo de la investigación, es muy importante observar el entorno y a situación existente que contextualiza la vida diaria del adulto mayor, la forma en la cual actúa, se relaciona, como emplea sus espacios y tiempos; claro está, tomando parte de la información tanto verbal como no verbal (Gerrish & Lacey, 2006).

Con la observación participante se logra obtener información valiosa sobre el espacio (CSU de cada colonia); actores (adulto mayor y personal de enfermería), actividades (participación del adulto mayor y atención por parte del personal de enfermería), los acontecimientos, el tiempo y sobre todo los sentimientos de cada grupo que se analiza.

Con respecto a la acción – investigación, la exploración consiste en la recolección de datos para conocer la naturaleza de la problemática se centran en el

estudio de la misma. Habitualmente hace uso de herramientas como encuestas, entrevistas y sesiones grupales con el objeto de obtener información de los participantes del estudio. Posteriormente, en el desarrollo de la fase de intervención se retoma la información recolectada y en base a las necesidades y datos recabados se procede a la generación de líneas de acción, las cuales se complementan con los datos recolectados en el desarrollo de la investigación.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.5.2. Técnicas en relación a la muestra de estudio.

La información necesaria para la realización del trabajo, se recolectó de forma directa y de voz viva de los participantes, haciendo uso de las técnicas de cuestionario y grupos focales.

El cuestionario aplicado está relacionado con la obtención de los datos socio-demográficos del adulto mayor. Esto se realizó con la finalidad de obtener información útil de primera mano para caracterizar adecuadamente a los grupos de discusión formados por los adultos mayores de cada comunidad. Dicho cuestionario contempla la obtención de datos de interés como lo es la edad, género, estado civil, las personas con las cuales convive, si posee un servicio de salud, si es jubilado y cuantas personas dependen de él de forma económica (Anexo 1)

Una vez que los adultos mayores fueron seleccionados, se procedió a la realización de una sesión de discusión grupal. Esta sesión grupal, denominada como grupo focal, se suele definir como una conversación cuidadosamente planeada y diseñada para obtener información de un área de interés en un ambiente permisivo no directivo. Este grupo es dirigido por un moderador experto en la temática, cuya función principal es la de mantener de forma relajada, confortable y satisfactoria para los participantes (Krueger, 1991).

Para llevar a cabo esta actividad, se reunieron a los participantes seleccionados con el objeto de conocer su pensar y sentir en relación a la temática de los programas de salud y de la atención recibida por parte de las enfermeras. En

el desarrollo de dicha discusión, se procedió primeramente a dar una breve introducción y agradecimiento por la participación y tiempo que le brindaron a la actividad y posteriormente se daba a conocer el objetivo de la actividad. Para iniciar la serie de discusiones, se procedió a realizar una serie de cuestionamientos eje, con los cuales se daba pauta para que los adultos mayores participaran. Las preguntas empleadas para el ejercicio de sesión grupal se enlistan a continuación:

- 1) ¿Saben o conocen de la existencia de los programas para el adulto mayor?
- 2) ¿Qué piensan de ellos?
- 3) ¿Consideran que son importantes? ¿Por qué?
- 4) ¿Creen ustedes que les falta algo?
- 5) ¿Quién les dio a conocer los programas?
- 6) ¿Qué les añadirían (agregarían) a los programas?
- 7) ¿Qué piensan de las enfermeras que trabajan en la comunidad?
- 8) ¿Son importantes?
- 9) ¿Creen ustedes que les hace falta algo?
- 10) ¿Están satisfechos con su atención?

Como podemos observar, el cuestionario aplicado se agrupa en dos bloques importantes: el primero en relación a la interacción del adulto mayor con los programas de salud (cuestionamientos 1 – 6) y el segundo se enfoca en la atención recibida por parte del personal de enfermería (cuestionamientos 7 – 10). El tiempo destinado para esta actividad no debe de exceder de una hora y media en consideración de las actividades que los mismos participantes tienen previamente planeadas.

6.5.3. Técnicas en relación a los informantes del estudio.

Para la obtención de la información de los informantes privilegiados, se empleó como técnica principal a entrevista a profundidad. Este tipo de actividad se emplean de manera general para dar a los investigadores la oportunidad de estudiar las cuestiones que ellos consideran importantes dentro del entorno del entrevistado. A pesar de que el investigador sigue un programa de trabajo, los participantes tienen el control dentro de cierto límite.

Los investigadores se interesan por los temas y las ideas que el informante cree de relevancia sin desatender el programa de investigación. Para los fines de la investigación, se consideró el criterio de informal, puesto que de esta manera el informante privilegiado no se sentía presionado por la actividad. Retomando las bases de Spradley (cit. Holloway&Trodes, 2006), los cuestionamientos empleados pueden ser de amplio o escaso recorrido. Las primeras son más generales mientras que las segundas eran más específicas.

En el caso de los informantes privilegiados adultos mayores, se emplearon los mismos cuestionamientos que se aplicaron durante la sesión de los grupos de discusión, considerando la adecuación de las mismas según el desarrollo de la entrevista. En el caso de los informantes privilegiados del personal de enfermería, se plantearon cinco preguntas de amplio recorrido:

- a) ¿Qué piensa del personal de enfermería que trabaja en comunidad?
- b) ¿Te sientes satisfecha profesionalmente?
- c) ¿Qué piensa de la actualización del profesional de enfermería?

- d) ¿Qué piensas de los programas para el adulto mayor?
- e) ¿Qué te falta, qué necesitas?

Los primeros tres cuestionamientos se enfocan directamente en las acciones y actividades que desempeña el personal de enfermería, mientras que las últimas se enfocan a los programas de atención al adulto mayor. Los cuestionamientos de bajo recorrido fueron surgiendo a lo largo de la entrevista con la finalidad de enfocar y obtener información valiosa relacionada con los intereses de la investigación.

Cada una de las entrevistas, tanto para el informante adulto mayor como el mismo personal de enfermería, se programaron para que no excedieran de una hora, puesto que se estaba consciente de las actividades que desarrollan a lo largo del día y contemplando también no afectar su jornada laboral.

6.6. Contextualización y ubicación de la investigación.

El presente trabajo de investigación se centra en dos CSU localizados dentro del polígono correspondiente a Ciudad Victoria, Tamaulipas, en México. Uno de ellos se encuentra localizado en la colonia Estudiantil al poniente de la ciudad mientras que el segundo se encuentra localizado en la Colonia Vicente Guerrero, al oriente de la ciudad.

Ambos CSU brindan atención de cuidados a la salud a la población que lo demande y lo solicite asistiendo a dichos lugares. Son lugares en donde el personal de enfermería pone en práctica sus funciones y cualidades dentro de la atención de primer nivel de atención para la salud. En dichos lugares y por las características de las colonias, la población que requiere mayor atención son de adultos mayores, esto en base a los censos demográficos actualizados (INEGI, 2010) en donde podemos observar que los adultos mayores viven habitualmente en las periferias de la ciudad.

Universitat d'Alicant
Universidad de Alicante

6.7. Fases de estudio.

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, este se desarrollo en tres fases medulares, las cuales se comentan a continuación:

1. Primera Fase. Durante esta primera fase se llevó a cabo el proceso de monitoreo de los diversos CSU. Con ello se procedió a la selección de dos de ellos que estuvieran en las mismas condiciones socio-demográficas. Ubicados los CSU, se procedió a entrevistar a los adultos mayores que son atendidos en ellos para la selección de los que vendrán siendo los informantes. De igual manera, se procedió a la búsqueda de la información bibliográfica necesaria para el armado del trabajo de investigación así como el diseño de los cuestionamientos que serian empleados para las entrevistas. Con los adultos mayores seleccionados, se procedió a realizar las entrevistas grupales y de esta manera se procedió a la recolección de la información. Para ello, se capacitaron a estudiantes de maestría para la ejecución de las entrevistas, así como la manipulación de medios de grabación de voz y video.
2. Segunda fase. Con la información recabada en las entrevistas de grupos focales, se procedió con el análisis de las respuestas de cada grupo. Durante este proceso se procedió a la identificación de los informantes privilegiados. Para ello, se estableció el criterio de mayor participación en cada uno de los grupos. Una vez identificados, se procedió a realizar nuevamente la entrevista solamente a los informantes privilegiados para la realización de una triangulación de la información recabada. De igual

manera, para que el adulto mayor no perdiera confianza durante este proceso, se trabajaron con los mismos entrevistadores que participaron en los grupos focales. Se siguió el mismo procedimiento de recolección de datos a través de grabación de voz y video. A la par, se procedió a la identificación de los informantes generales de cada CSU. De la misma manera, se les aplicó una entrevista para la recolección de la información necesaria para el contraste de la información de los grupos conformados para la investigación.

3. Tercera fase. Es la etapa del análisis de los datos recolectados. En ellos se aplicaron las técnicas más adecuadas para la interpretación de la información. Una vez efectuado el análisis correspondiente, se procedió a la identificación de las acciones más adecuadas para cubrir las necesidades detectadas a través de las entrevistas realizadas. Así, con las bases sustentadas se procedió a la implementación de las mejoras y adecuaciones en los programas de estudios así como la gestión para la implementación de una estancia para el adulto mayor.

6.8. Bases de datos consultadas y catálogos bibliográficos.

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizó una revisión exhaustiva de información con relación a los temas relacionados con el adulto mayor, políticas implementadas y sobre la percepción del personal de enfermería según la visión del adulto mayor. Para ello, se revisaron diversas fuentes bibliográficas que están disponibles en la biblioteca de la Facultad de Enfermería Victoria, dentro de las cuales podemos encontrar volúmenes de las revistas Desarrollo científico en Enfermería y Salud Pública de México.

Por otra parte, se realizaron consultas en las bases de datos como Scielo, Cuiden, Biblioteca Cochrane, en donde la información recabada se realizó mediante la búsqueda a través de los descriptores *adulto mayor, percepción, políticas, programas de asistencia, percepción del trabajo de enfermería, cuidados de enfermería*. De igual manera, se realizó la búsqueda de información usando descriptores en lengua inglesa tales como: *elderly, health care, politics, assistance programs, nursing health care perception, perception, cualitative*.

Con respecto a la información relacionada con las políticas, programas y legislaciones que existen en pro del adulto mayor, se realizó una revisión bibliográfica en el acervo bibliográfico del Congreso del Estado de Tamaulipas, así como en las páginas oficiales del Gobierno del Estado de Tamaulipas y Gobierno Federal. Lo anterior se logró obtener gracias a la política de transparencia que existe para este tipo de instituciones.

Al mismo tiempo, con respecto a las estadísticas y valores relacionados con el crecimiento y localización de los núcleos de adultos mayores, se realizaron varias consultas a la base de datos digitales del Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) así como del Consejo Nacional de Población (CONAPO).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.9. Análisis de los resultados.

6.9.1. Análisis de las representaciones sociales.

Para acceder al contenido de una representación, el procedimiento clásico utilizado por este enfoque es la recopilación de un material discursivo producido en forma espontánea (conversaciones), o bien, inducido por medio de entrevistas o cuestionarios.

Independientemente de su modo de producción, este material discursivo es sometido a tratamiento mediante las clásicas técnicas de análisis de contenido. Este tratamiento proporciona una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social. Algunas características importantes y que se relacionan con el ejercicio de la interacción simbólica son los siguientes:

- Conciencia de la reactividad, efectos experimentales, efectos del entrevistador o entrevistadora, no como artefactos metodológicos indeseables, sino como partes normales del proceso de interacción social y de la definición de la situación que entra en toda investigación.
- Un foco de análisis en unidades micro o socio-psicológicas más que sobre sociedades o instituciones.
- Una visión de la sociedad como empresa simbólica.
- Una visión de la sociedad más como proceso que como estado.
- Una concepción de los seres humanos como interactores autónomos y creativos más que como reactores pasivos abofeteados por las fuerzas externas sobre las cuales no tienen control.

- La suposición de que lo que es real y que amerita ser estudiado es lo que los miembros de una sociedad definen como real ya que es eso sobre lo que ellos actúan.
- Un compromiso con los métodos que reflejan y detectan las definiciones de los miembros más que los constructos de los científicos (Banchs, 2000).

Los presupuestos epistemológicos y ontológicos son:

- El acceso al conocimiento de las RS es por medio de un abordaje hermenéutico, en el que el ser humano es visualizado como un productor de sentidos.
- Focaliza en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven.
- Privilegia dos formas de acceso al conocimiento: una, a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos. Otra, la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigaciones para garantizar una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio.
- La naturaleza del objeto de estudio que se intenta aprehender por esta vía, alude a un conocimiento del sentido común versátil, diverso y caleidoscópico.

Este enfoque, en resumen, se distingue por ser una aproximación cualitativa, hermenéutica, centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa; por tener un uso más frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística y la sociología; por un interés focalizado sobre

el objeto de estudio en sus vinculaciones socio-históricas y culturales específicas y por una definición del objeto como instituyente más que instituido.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.10. Consideraciones éticas.

6.10.1. *De la Ley General de Salud.*

Este trabajo es respaldado por diferentes documentos legales siendo la Ley General de Salud (SS, 2007) uno de ellos. En este reglamento se establece que las investigaciones serán aceptadas siempre y cuando no dañe a la persona, familia o a quienes lo rodean. Al mismo tiempo se debe de realizar bajo el benéfico de la sociedad para evitar o prevenir enfermedades que actualmente son un problema ante la población. Los artículos que sustentan la presente investigación están presentes en el Título Quinto, Capítulo Único de dicha ley.

Se hace cumplir el artículo 96, en su fracción I que comprenden las acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos psicológicos en los seres humanos, fracción III a la prevención y control de problemas de salud que se consideren prioritarios para población y en la fracción IV que corresponde al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios. La investigación se desarrolló adaptándose a los principios científicos y éticos que justifican la investigación, considerando la posible contribución a la solución de problemas (Art. 100, frac. I).

6.10.2. *De la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.*

Otro documento que sustenta las bases éticas y legales de la investigación se encuentran establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, promulgada en 1986 por la Secretaría de Salud. De dicho documento se retomaron aspectos que mencionan los diversos capítulos en los cuales está estructurada esta ley.

Del Título Primero, se retoma el artículo 3º, que establece que la investigación comprende el desarrollo de las acciones que contribuyan al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social (fracción II); a la prevención y control de los problemas de salud (fracción III) y al estudio de técnicas y métodos que recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud (fracción V). Todo lo anterior se relaciona con la participación del personal del área de la salud en la difusión y puesta en práctica de los programas existentes en beneficio del adulto mayor.

Del Título Segundo, Capítulo Primero; se retoma el criterio del respeto a la dignidad, protección de los derechos y del bienestar de las personas a investigar (artículo 13º), que en este caso son los adultos mayores. También se tomó en cuenta lo que establece el artículo 14º: que la investigación en las personas se llevará en base a los principios científicos y éticos (fracción I), así como el contar con un consentimiento informado (fracción V), al mismo tiempo que los responsables de la investigación son profesionales del área de la salud (fracción VI), tal como lo es el personal de enfermería; al mismo tiempo el de contar con un dictamen favorable de

las comisiones de investigación y ética (fracción VII). Sobre este último, la Facultad de Enfermería Victoria, a través de su Comisión de Ética, emitió el dictamen con fecha del 17 de febrero del 2011, con el objeto de respaldar lo establecido en la fracción VII del artículo 14°.

También del mismo capítulo, se retoma el principio de privacidad en el adulto mayor, solamente se identificará solo cuando los resultados lo requieran y que éste lo autorice (artículo 16). También es importante recalcar que la presente investigación es catalogada como “investigación sin riesgo”, ya que se emplean entrevistas para la recolección de los datos necesarios para conocer la percepción del adulto mayor y del personal de enfermería encargado en cuanto a programas de salud (artículo 17, fracción I).

Al mismo tiempo se suspendió la investigación cuando el adulto mayor manifestaba el no querer participar o bien que se retiraba de la actividad, haciendo cumplir lo manifestado en el artículo 18°. Lo anterior también está sujeto a lo que establece el artículo 23°, en donde se establece que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, dispensando al investigador la obtención de este documento de manera física.

Por último, se retoma lo establecido en el Capítulo V del mismo título, en donde se establece que la participación o rechazo a participar en el estudio no afectará su situación, al mismo tiempo de que los resultados obtenidos en la misma no serán utilizados en perjuicio de los participantes (artículo 58°, fracciones I y II).

6.10.3. *Reglamento de Investigación de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.*

La máxima Casa de Estudios del estado, la Universidad Autónoma de Tamaulipas, establece una serie de lineamientos y normas para que el docente que labora en él realice y lleve a cabo proyectos y trabajos de investigación denominado “Reglamento de Investigación de la Universidad Autónoma de Tamaulipas” (UAT, 2007). En el Título Primero Capítulo Único sobre las disposiciones generales, se cumplen los apartados correspondientes a la función académica para la contribución de la ciencia a nivel estatal y estatal (artículo 2°), así como el hecho de que la investigación está en coordinación con los programas y proyectos institucionales e interinstitucionales (artículo 3°).

Al mismo tiempo, se cumple con lo establecido en el artículo 4° en sus fracciones I, II y III; en donde se estipula los objetivos que establece la universidad en cuanto a producción, atención y contribución del conocimiento en base a las necesidades prioritarias para el desarrollo y su vinculación con el sector social de la región.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 7

ANÁLISIS DE RESULTADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.1. Resultados obtenidos del primer grupo de investigación.

7.1.1. Clasificación y categorización de la respuesta viva.

El grupo compuesto por 17 Adultos mayores con edad entre los 60 y 82 años, edad promedio 72 años, 15 cuentan con respaldo de alguna institución de salud, 16 de ellos viven con la familia y solo 1 vive solo, pertenecen a un grupo de ayuda mutua (GAM) ubicado en la Col. Estudiantil de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Durante el desarrollo de la entrevista, se obtuvieron diversas respuestas en base a los cuestionamientos planteados. Cada una de estas respuestas nos va a ayudar a determinar las categorías y dominios en los cuales se estructura el sentir y pensar de cada uno de los elementos que participaron en esta actividad. A continuación se muestran los cuadros obtenidos a partir de las respuestas dadas.

Cuadro 1. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del grupo de adultos mayores del GAM.

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el adulto mayor	Conocimiento	<p>“No” (conozco) “yo si porque me dan una despena” “si” (conozco) “si los conozco” “[...] yo no he tenido la manera de saber que es lo que es [...]” “si, como no” “yo nomás he escuchado, pero no los conozco” “Yo conozco Oportunidades” “Pues nada más” “Son programas pa’ que, pero que beneficio o que” “Oportunidades, es oportunidades, nomás que le llaman por otro nombre, MAP, MO, algo así, el PAN, o sea pero viene en oportunidades.” “Es un programa nuevo, ¿verdad?”</p>
	Obtención de la información	<p>“Pues yo he oído hablar de ellos, [...] he oído, porque he visto en el periódico [...]” “yo nomás he escuchado, pero no los conozco” “Nadie, pues yo lo vi en la tele” “Yo nomás oigo pláticas así” “yo oigo por pláticas, pero no tengo ni televisión ni nada que ver” “Han ido muchas gentes a levantar censo...”</p>
	Valoración de los programas	<p>“Bien, bien, mucho beneficio para el personal, para las personas que necesitamos [...]” “[...] nos han venido con muchos programas [...]” “Están bien” (los programas)</p>
	Importancia de los programas	<p>“Se ayuda uno” “pues muchas personas lo necesitan”</p>
	Beneficios obtenidos	<p>“[...] pues cada mes cada dos meses nos llaman allá de la casa club para darnos una despena si” “pues casi no” (obtenido beneficio) “[...] las que tienen seguro popular pues no se les cobra [...]”</p>
	Periodicidad de apoyo	<p>“[...] pues cada mes cada dos meses nos llaman [...]” “[...] a veces cada mes pero por lo regular cada dos meses”</p>
	Interacción con los programas	<p>“Sí, como no” (deben de tomarlos en cuenta)</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el adulto mayor	Problemáticas presentadas en tramites	<p>“Una vez fuimos allá a SEDESOL, nos mandaron acá y nos dijeron que no, si nos anotaron pero dijeron que porque nada más no procedíamos con la ayuda porque nada más era para las zonas rurales”</p> <p>“[...] mire, nosotros nos fuimos y anotamos en la presidencia, y no, quedaron que nos iban a llamar y nunca nos llamaron”</p> <p>“Y el 70 y si será verdad que no se puede arreglar aquí”</p> <p>“[...] nada más que el problema que siempre he tenido es que como aquí en el grupo nos piden a veces a un mes cada dos meses un chequeo para el control que llevamos ahí [...]”</p> <p>“Mire el otro día yo lo apunte, para una despensa en él DIF de la calzada Tamatán, entonces vinieron y dizque vinieron a hacerme una investigación y luego que me piden el chequecito, digamos él comprobante de pago, el está pensionado, entonces dijo pase por él, vaya a ya al DIF y fuimos y nos dijeron que no procedía y luego pues ahorita por qué el usa su bordón, su bastón, en ese entonces tenía 81 años y dijeron que no había...”</p> <p>“[...] yo fui a ver qué habían dicho de las despensas y dijo que no no procedía”</p>
Centro de Salud	Pago de servicios	<p>“[...] yo siempre la mayoría de las veces ha tenido que pagar a los particulares [...]”</p> <p>“[...] me da pena decir que no traigo dinero [...]”</p> <p>“pero ahí nunca lo atienden por dinero, me atienden sin dinero”</p> <p>“[...] no le cobran, siempre he ido ahí”</p> <p>“[...] el centro de salud nos cobra una consulta por una enfermedad [...]”</p> <p>“[...] en donde quiera que usted vaya, le van a cobrar una consulta”</p> <p>“Aquí el doctor nos cobra diez pesos, es muy indispensable [...]”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de Enfermería	Actividad que desarrollan	<p>“las enfermeras nos hacen estudios verdad, que para checar la presión y sobre todo el grupo que hemos formado, el grupo GAM para la misma ayuda [...]”</p> <p>“la labor de ellas es muy importante”</p>
	Atención recibida	<p>“[...] nos han atendido muy bien”</p> <p>“He venido a la clínica nomás porque me han apuntado y tengo que ir, pero hubo pues nomás una curación y ya me dicen pues váyase al seguro”</p> <p>“En el centro de salud me atienden bien”</p> <p>“Porque cuando nos enfermamos vamos a dar ahí y nos atienden bien”</p> <p>“yo si pienso que hagan por nosotros los viejitos que hagan que hagan las enfermeras a veces va uno y no lo atienden”</p> <p>“ellas nos atienden bien cuando vamos”</p>
	Percepción	<p>“no les va bien la camisa”</p> <p>“ellas hacen su trabajo”</p> <p>“ellas nos atienden bien cuando vamos”</p> <p>“que lleve o no dinero me atiendan”</p> <p>“las enfermeras son muy buenas [...] son muy lindas [...] yo nada más digo que cuando vaya uno [...] y no traigo dinero digan ‘pásele’ aunque no traiga dinero así es lo que quiero de ellas”</p>
	Promoción de la salud	<p>“que las pláticas que nos dan nos sirven mucho para conocer nosotros las enfermedades, es importante que nos den a conocer, que nos informen, nosotros necesitamos la orientación de ellas y de mucho nos sirve”</p>
	Difusión de los programas	<p>“[...] nos ha venido con muchos programas [...]”</p> <p>“[...] pues yo nunca he visto que vayan por las casas”</p> <p>“Pero la verdad nunca salieron a entrevistarnos ni a hacernos encuestas, bueno, a mi no”</p> <p>“Hay veces que ni van no más nos dicen ¿ya fue a vacunarse? Vaya a vacunarse [...]”</p> <p>“[...] pues que van al programa del patio limpio, por eso es el apuro mío, llegar hacer todo el quehacer [...]”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de enfermería	Visita comunitaria	<p>“no, no, ni me han ido a visitar ni nada”</p> <p>“no, en mi casa no” (han venido hacer una entrevista)</p> <p>“[...] pues yo nunca he visto que vayan por las casas”</p> <p>“No, no van”</p> <p>“Pues yo a veces van, porque tenemos niños para las vacunas”</p> <p>“Pues mire si, no van a nuestras casas, pero vienen, están constantes en el grupo, porque todos esos chequeos, no van a visitarnos a las casas pero vienen acá (centro de salud)”</p> <p>“Están dándonos atención en el grupo”</p> <p>“A las enfermeras, pasan nomás de pasada, ni llegan, apuntan y vaya mañana, vaya pasado, hay veces que anotan”</p> <p>“no pues aquí no, yo en mi casa nunca se han parado, pasan nomás por la calle pero no nunca han llegado”</p> <p>“Van pero se, se van a hacer chequeos aquí al salón, ahí estoy yo”</p> <p>“Voy a decir la verdad, ahí si han pasado por mi casa pro que yo me acuerdo que la vez pasada andaban levantando un censo para lo de la próstata [...] anduvieron por las casas invitando, el que no quiso ir pues verdad, pero yo fui [...]”</p> <p>“Si, si han pasado”</p> <p>“Platicamos ahí, pues con mi señora ella es la que está en casa”</p> <p>“nunca pasan”</p> <p>“a mi casa no” (pasan)</p> <p>“si van”</p>
	Interés por otros grupos de personas	<p>“Pues yo a veces van, porque tenemos niños para las vacunas”</p> <p>“Pasan y dicen no tiene niños para vacunar, no, no hay, pues se pasan”</p> <p>“Han pasado, preguntan ¿hay niños chicos?, ¿no? Se pasan”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Económicas	<p>“[...] yo no tengo ninguna pensión [...]” “Pues ahí con lo que me den [...]” “Que pongan una algo de trabajar, como le dijera, algo póngales que sea poco pero...” “Hemos trabajado mucho, bueno, al menos yo trabajé toda mi vida y ya no pude trabar pero nunca tuve mi pensión, nada de nada” “Ándele, de ahí sacamos para mantenernos, para pagar el agua, la luz, todos los gastos [...]” “[...] me falta el dinero para la pecera” “No, porque pa’ mil pesos que le dan a mi señor, no a completo, y ya para el mes no tengo nada”</p>
	Laborales	<p>“[...] pues yo tengo mi negocio, un taller de soldadura ahí en la casa, si, porque después ahorita a uno ya no lo ocupan [...] por la edad, me imagino [...]” “[...] mucha gente está sin trabajo [...] no los ocupan” “Ahorita no he trabajado” “[...] cuando me siento mal ya no trabajo toda la semana, me duelen mucho mis huesos, me siento mal, me agarra mucho dolor de cabeza a veces hasta siento asco, y no puedo trabajar” “Que pongan una algo de trabajar, como le dijera, algo póngales que sea poco pero...” “Trabajito, algo” “Manualidades” “Un tallercito que pudiéramos desempeñar nosotros” “Yo tengo mi trabajo aquí en la placita” “[...] ya 79 años que tengo ya no como quiera lo ocupan a uno” “[...] yo tengo que trabajar aunque esté muy viejita[...].”</p>
	Seguridad	<p>“[...] porque ya el seguro, parece que ya no nos quieren” “Pues la protección que se le da a las personas... en todos los aspectos, en todo” “Yo digo que no haya excepción sobre la protección del adulto mayor [...]”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Información	<p>“A lo mejor en algunas partes si lo dan a conocer y pues aquí no pues como aquí en la colonia pues, aquí no, pues yo nunca he visto que vayan por las casas”</p> <p>“Es lo que falta, promoción”</p> <p>“No sé, es que aquí casi muy poco se dan a conocer los programas, nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro”</p> <p>“que las pláticas que nos dan nos sirven mucho para conocer nosotros las enfermedades, es importante que nos den a conocer, que nos informen, nosotros necesitamos la orientación de ellas y de mucho nos sirve”</p>
	Auto-percepción	<p>“[...] ahorita ando bien de salud, verdad, y este yo trabajo lo que puedo verdad, porque ya no trabajo como antes [...]”</p> <p>“Ya no tiene la capacidad para vivir [...]”</p> <p>“No, yo ya estoy viejito”</p>
	Salud	<p>“[...] cuando me siento mal ya no trabajo toda la semana, me duelen mucho mis huesos, me siento mal, me agarra mucho dolor de cabeza a veces hasta siento asco, y no puedo trabajar”</p> <p>“Atención médica también, porque uno de repente anda bien, anda mal y por ejemplo pues a veces uno, mucha gente no tiene seguro, hospital, este, tiene seguro popular pero ya ve que a veces batallan para las medicinas.”</p> <p>“[...] padezco presión alta [...]”</p> <p>“[...] uno puede perjudicarse por no tomar la pastilla [...]”</p>
	Asistencia de salud	<p>“[...] se atiende en el general” (hospital)</p> <p>“Atención médica, no estaría bueno” (falta)</p> <p>“Atención médica también, porque uno de repente anda bien, anda mal y por ejemplo pues a veces uno, mucha gente no tiene seguro, hospital, este, tiene seguro popular pero ya ve que a veces batallan para las medicinas.”</p> <p>“Y no hay medicina”</p> <p>“Eso lo que nos gustaría [...] mi caso este padezco presión alta y ya ahorita las pastillas que me dan ya es lo máximo [...]”</p> <p>“[...] aquí en la clínica me mandan al centro de salud, y dicen no, váyase a su clínica allá están las medicinas, resulta que vengo acá y les digo, dicen no señora, aquí no hay así que pues no [...]”</p> <p>“Aquí a la clínica, de aquí de la Estudiantil”</p> <p>“Yo me atienden el seguro [...]”</p> <p>“[...] porque usted sabe que en el seguro no me van a dar resultados”</p> <p>“Ha, yo tengo mi seguro”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Familia	<p>“Mis hermanos a veces vienen, están en Matamoros”</p> <p>“[...] se puede pensar que está en el adulto mayor a expensas de un hijo o una hija que por que tengo una casita más o menos pero pues nada más está uno de arrimado ahí, el adulto mayor”</p>
	Equidad	<p>“[...]nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro”</p> <p>“que ayuden a las personas que faltan”</p> <p>“Yo digo que no haya excepción sobre la protección del adulto mayor [...]”</p> <p>“[...] a eso yo me refiero a que no haiga excepción de personas, digamos del adulto mayor”</p> <p>“yo sí pienso que hagan por nosotros los viejitos que hagan que hagan las enfermeras a veces va uno y no lo atienden”</p> <p>“cada quién tiene derecho de decir lo que no le ha servido”</p>
	Emocional	<p>“[...] pero como quiera Dios nos ayuda a uno y las compra como quiera para no dejar de tomarlas [...]”</p> <p>“los setenta años ya se pasa y nada”</p>
	Movilidad	<p>“[...] pero a veces no tengo para la pecera”</p> <p>“[...] me falta el dinero para la pecera”</p>
Participación del adulto mayor	Disposición para ser atendidos	<p>“Sí, cuando quieran pasar allí”</p> <p>“Vaya usted a la hora que vaya ahí estoy yo”</p> <p>“que nos visiten en la casa”</p>

Cuadro 2. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del adulto mayor líder del GAM.

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el Adulto Mayor	Conocimiento	<p>“Pues si” (se de la existencia de programas)</p> <p>“Si, si los conozco”</p> <p>“[...] Habidad, este dan algo de apoyar no se [...]”</p> <p>“pues algunos, otros no” (adultos mayores que conocen los programas)</p>
	Beneficios obtenidos	<p>“ire, mi esposo estuvo en ‘Habidad’... nomás lo protegieron dos veces”</p> <p>“a pues si porque vamos a manualidades”</p> <p>“a pues porque también me apunté porque apoyan al adulto mayor”</p> <p>“[...] nos dan una ayudita este una despensita cada dos meses o mes, a veces cada mes y medio, pero nos dan una despensita”</p>
	Difusión	<p>“[...] ahí están los cartelones que vi en el salón de actos de la Echeverría”</p> <p>“[...] no se mencionaban ningún programa antes, digamos que anteriormente...”</p> <p>“por pláticas, no es porque uno sepa [...] de las personas que vienen aquí a los ejercicios, de vecinos”</p>
	Importancia	<p>“No pues, que es bueno, porque pues que bueno que se preocupan por el adulto mayor todo...”</p> <p>“Claro que sí, porque yo vi una entrevista por televisión que tuvieron que tuvieron que ver de los maltratos que recibía los adultos mayores”</p> <p>“porque me gusta y nos dan una ayudita este una despensita cada dos meses o mes, a veces cada mes y medio, pero nos dan una despensita”</p>
	Creencia	<p>“pues yo digo que si, pues ahí viene la protección para el adulto mayor [...]” (prevención del maltrato)</p> <p>“pues a lo mejor” (el programa fue una propuesta política)</p> <p>“Yo digo que si debe de funcionar porque más antes no se mencionaba ni en cuenta [...]”</p>
	Mejoras sugeridas	<p>“Pues tiene que ser, eh, que se arrimen a ver el digo a los adultos mayores [...]”</p> <p>“que visiten a aquellas personas que por ejemplo, les pediría que visita a aquellas personas que están imposibilitadas, que no pueden salir a pedir [...]”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Información	<i>"Bueno, es que no los mencionan, no dicen nada, 'verda'"</i>
	Atención	<i>"pues que lo tengan en abandono, que no lo tomen en cuenta" (sobre maltrato) "[...] distracción pues para que no esté solo, pienso yo pues que así es, pues que no tenga tristezas, nunca pues eh, que no se sienta abandonado"</i>
	Movilidad	<i>"[...] porque algunos adultos mayores que no se pueden mover, que no se pueden caminar y todo."</i>
	Infraestructura	<i>"[...] entonces allá en la Echeverría, faltan abanicos, ahí faltan sillas para sentarse uno por que nos sentamos en uno de esos..." "Bueno si, por que el salón no tiene nada, pero yo digo que no hay abanicos, no tiene sillas para sentarse."</i>
	Equidad	<i>"No" (preguntan por los adultos mayores) "Si, busca a los niños pero no al adulto mayor..."</i>
	Emocional	<i>"si una buena charla, para que se relaje el adulto mayor, pues decirle 'usted si puede', 'no tiene por que deprimirse pos uste puede' 'uste vale mucho'..."</i>
Entorno	Reconocimiento de problemas	<i>"[...] mire aquí, por esta calle, no por la otra, derecho por la Echeverría está un viejecito que no mira que está de a tiro allá son las últimas casas de por allá. Este, ahí está ese viejecito, no mira, no mira, está muy quieto. Tiene casita porque mi esposo cooperó para hacerle esta esa, esa casita" "Bueno al menos lo de nosotros se da por que tocan ahí en el momento en que por ejemplo, ella sabe que venemos cada mes a la clínica"</i>
	Actividades de apoyo comunitario	<i>"[...] porque mi esposo cooperó para hacerle esta esa, esa casita" "porque uno va a cooperar, nos juntamos como unas cuarenta gentes o más"</i>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de enfermería	Servicio brindado	<p>“Pues son atentas”</p> <p>“De verdad. De verdad digamos atiende a uno, tanto a ellas como los médicos”</p> <p>“[...] me checan el azúcar, me checan la presión”</p> <p>“[...] porque nos atienden nos atiende nuestras necesidades, porque voy a checarme el azúcar, a recoger mis medicamentos”</p>
	Trabajo de campo	<p>“Mire, pues pasan [...]pero pasan y me preguntan que si no está la vecina que tiene niños para la vacuna”</p> <p>“No, le digo que no me visitan”</p>
	Aplicación de programas	<p>“[...] Van buscando digamos que van a la revisión de patios, que si no hay este trastes con agua por lo de la cuestión del dengue y el patio limpio la revisión del patio limpio [...]”</p> <p>“No” (preguntan por los adultos mayores)</p> <p>“Si, busca a los niños pero no al adulto mayor...”</p>
	Importancia	<p>“Pues si sería, por ejemplo el adulto mayor a veces se siente mal, por ejemplo la cuestión de la presión, bueno de la hipertensión que está mas, por ejemplo que no se puede parar este, o las dolencias”</p>
	Percepción	<p>“Pos todas son amables, bueno son muy cordiales con uno, para que voy a decir que lo tratan a uno mal”</p> <p>“pues por lo menos para mi si, lo considero bueno digo que me atienden bien, me checan el azúcar, me checan la presión”</p> <p>“si platican conmigo” (las enfermeras)</p> <p>“les falta más comunicación”</p>

Cuadro 3. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del personal de enfermería del CSU - Echeverría.

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de Enfermería	Auto-percepción	<p><i>“Yo creo que todas las enfermeras que trabajamos en comunidad nuestra finalidad es darles orientación a las personas, orientarlas, ayudarlas en su momento las vamos a ayudar...”</i></p> <p><i>“No, yo creo que no”(somos valoradas)</i></p> <p><i>“Yo como promotora de salud, vemos que este nos esforzamos bastante por sacar nuestro trabajo adelante, pero nunca tenemos un reconocimiento como promotor, nunca reconocen nuestro trabajo”</i></p>
	Servicios brindados	<i>“[...] si alguien me necesita hago lo posible por solucionar el problema dentro de mis posibilidades pero si se les brinda atención”</i>
	Promoción de la salud	<i>“[...] pasamos y les preguntamos si es un adulto mayor, este, ¿qué le falta?, ‘señor, ¿ya se aplicó sus vacunas?, mire está la vacuna contra la influenza la del tétanos que previene la enfermedad. ¿Ya se las ha aplicado?, ¿no?, no pues que no, bueno este ahí la traemos’ [...]”</i>
	Trabajo de campo	<p><i>“A veces salimos con termos a comunidad y se las aplicamos a los adultos mayores”</i></p> <p><i>“si, me gusta mucho el campo, me gusta mucho el trato con la gente, y me gusta mucho ayudar a la comunidad [...]”</i></p>
Necesidades	Sueldo	<p><i>“bueno pues lo que es dentro de mi salario yo me considero bien pagada porque me queda la satisfacción de servir a la comunidad. O sea el mi salario, digo si tengo poco o mucho pero tengo mi salario”</i></p> <p><i>“porque hablando de salarios, no me a completaba, soy homologada, apenas hace un tiempo se me empezó a pagar, se mejoro mi salario pues también pago renta, yo pago renta, pago luz, pago agua”</i></p>
	Formación académica	<i>“Solamente enfermería general”</i> <i>“en ese aspecto si” (por falta de oportunidades económicas no ha podido realizar estudios de posgrado)</i>
	Espacio	<p><i>“un área donde trabajar con los adultos mayores porque no la hay a veces en el aula donde estamos lo que es aquí el salón de actos pues se hacen, se junta el grupo GAM que hace ejercicios, esta ahorita lo del INEGI se ocupa para diversas”</i></p> <p><i>“no, no, no, no, un lugar específico para el grupo GAM no lo hay, no contamos como lo vio ahí en el salón”</i></p> <p><i>“Estamos en un velatorio. Si eso es lo que hace falta, para el grupo GAM un espacio”</i></p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Económica	<i>“Que nos sigan, que lo mejoraran un poquito” (hablando de sueldos)</i>
	Actualización	<i>“pues es un punto muy importante de que sirve por lo debemos estar bien preparados para poder informar a la comunidad, ayudarlos”</i>
	Tiempo	<i>“sobre todo el tiempo porque pues el trabajo es de 8:00 am a 3:30 pm de lunes a viernes, ¿a qué horas podemos ir a la escuela?, ¿un sábado?, el sábado pues yo me dedico totalmente a mi casa a lavar y planchar, el mismo día yo lavo y plancho y el domingo me queda de descanso”</i>
Programas para el Adulto Mayor	Responsabilidad del programa	<i>“Bueno esta mi compañero que es el que está con el grupo GAM y solamente estoy momentáneamente.” “Pero yo solamente llevo el grupo “Proeza” que es el grupo de sanos no son crónicos, son sanos, y también son pacientitos con sobrepeso, obesidad verdad, que requieren ejercicio y del que yo estoy a cargo” “Pero más que nada el compañero es el que está a cargo del grupo GAM y yo grupo ‘Proeza”</i>
	Materiales	<i>“bueno de jurisdicción si nos proporcionaron de promoción un paquete deportivo para que haga el grupo, [...]” “[...] se nos proporciona el material para el chequeo de ellos cada mes” “No, con respecto al material para el chequeo de ellos siempre hay, si hay, las lancetas, las tiras...”</i>
	Estabilidad de grupos	<i>“[...] pero así como se hace el grupo, a veces se desintegra ya no, ya no acuden, porque empiezan a trabajar, y pues bueno unos vienen y otros se van. El que está más estable es el grupo GAM”</i>
	Capacitación	<i>“Bueno, con respecto al grupo GAM si se nos da [...]”</i>
	Carencia de personal	<i>“Nada más somos tres promotores los que tenemos para cubrir nuestra área.” “Por ejemplo, promotores de campo somos tres, tres promotores solamente las demás son enfermeras de campo llevan a cabo las acciones, censos de vacunación de población abierta, de toda la población llevan un censo” “Con adultos mayores nada más acudimos el compañero y yo”</i>

7.1.2. Observaciones recabadas en base a las entrevistas

7.1.2.1. Entrevista al GAM

El grupo de adultos mayores reflejan un nivel socio-económico que oscila entre media y baja, siendo mayoritariamente media, lo cual se puede ver reflejado en la forma de vestir. Al mismo tiempo el nivel académico reflejado se puede considerar básico, por la forma de interactuar al momento de que se realizan los cuestionamientos.

Cuando se realizó la primera pregunta con respecto al conocimiento de los programas que beneficien al adulto mayor, en primera instancia se obtuvo un largo silencio como respuesta hasta que una señora respondía que si conocía algún tipo de programa. También se observa que cuando se les pregunta de uno en uno, empiezan a decir que no, pero llega un momento en que una señora comenta “*si, porque me dan una dispensa*”; con esta observación, la mayor parte de los adultos mayores cuestionados empezaron a afirmar que si conocían algún programa de salud, mas no comentan si son beneficiados con ellos.

Al mismo tiempo, hubo personas que comentaron que no conocen los programas o bien que si saben que existen porque lo han leído en los medios impresos (diarios, periódicos), más sin embargo no es un beneficiado de ello. “*Pues yo he oído hablar de ellos, pero yo no he tenido la manera de saber, que es lo que, verdad, contienen ni nada, he oído, porque he visto en él periódico, pero yo nunca he tenido*” Otra respuesta típica en durante la entrevista es que conocen los programas

por transmisión verbal, es decir que alguien les ha comentado algo relacionado con ello. *“Yo nada más he escuchado”*

Se observa un primer indicio de falta de promoción de la información debido a que el adulto mayor afirma que no lo van a visitar ni mucho menos a informar sobre la existencia de estos beneficios. Al mismo tiempo, durante la entrevista, se detectó que varios de los adultos mayores padecían de problemas auditivos.

Cuando se pasa al punto sobre el pensar de los programas existentes para el adulto mayor, la mayoría afirma que son beneficiosos, dando respuestas como *“están muy bien”*, *“mucho beneficio”*. Por otra parte, apareció un comentario en donde se expresa que todos los que visitan el área comunitaria son beneficiados, denotan parte del papel del personal de enfermería, ubicándolos como encargados de la toma y valoración de signos vitales (*“[...] las enfermeras nos hacen estudios[...] que para checar la presión”*) así como intermediarios de la información relacionada con los programas que benefician al adulto mayor (*“[...] nos han vendo con muchos programas [...]”*). También se refleja una primera señal en cuanto a la atención recibida, al comentar una de las señoras que *“[...] nos han atendido muy bien.”*

Todos de manera unánime, consideran que es importante que se elaboren programas para el adulto mayor. Todos los presentes lo externaban de manera verbal como no verbal (moviendo la cabeza e manera asertiva). Las expresiones que sustentan esta idea son respuestas tales como *“se le ayuda uno”* y afirmaciones no verbales.

Cuando se les cuestionó si alguno estaba inscrito o incluido en algún programa en beneficio del adulto mayor, varios levantaron la mano, siendo una señora la que dio el comentario de que ella estaba en un grupo en donde se les proporciona una despensa para apoyarlos, pero para ello le llaman de la casa club. (*[...] pues cada mes cada dos meses nos llaman allá[...] para darnos una despensa*). En otros casos, algunos afirmaban que no estaban dentro de algún programa que beneficiara al adulto mayor (*“no no, yo no, para beneficios del adulto mayor yo no tengo”*).

Todos afirman que asisten a obtener algún beneficio al centro de salud en base a los programas que se manejan dentro de dicha institución, y se hace el comentario que de otra parte no han obtenido beneficio alguno (*“de otra parte no”*). Externan y aceptan que necesitan ayuda y apoyo, al mismo tiempo que comentan que es necesario que los tomen en cuenta para la aplicación de dichos programas.

Cuando se les pregunta con respecto a que si han recibido pláticas o si los han ido a encuestar para conocer sus necesidades o bien para darles a conocer sobre algún programa en donde puedan trabajar y obtener un pago, las respuestas fueron algo contradictorias. Mientras algunos dicen que si han recibido información otros comentan que no, reflejando en sus rostros algo de duda. Se les cuestionó si en el centro de salud o bien en otra institución les han dado a conocer esta información, muchos comentan y afirman que no (*“no me han dicho nada”, “no me han visitado”*).

Cuando se les pregunto que si alguien trabajaba para subsistir, varios levantaron la mano, siendo la mayoría varones quienes realizaron este movimiento. Comentan que trabajan con talleres que tienen dentro de su casa afirmando que esto lo realizan porque no los emplean tanto por la edad o bien por un reflejo discriminatorio que ellos sienten por parte de compañías de seguro (*“Pues por la edad, me imagino, porque ya el seguro, parece que ya, ya, ya este si va a pedir uno trabajo a lo mejor no nos aseguran”, “ni una parte nos da trabajo”*).

Los trabajos que ellos refieren realizar son oficios (*“[...] pues yo tengo mi negocio, un taller de soldadura [...]”*). Cuando se les pide la opinión con respecto a la oportunidad de trabajo, comentan que es necesario que se implementen, aunque también reconocen que su labor no va a ser igual a como era años atrás. Destaca el hecho de que reconocen que poseen algunas dificultades tanto físicas como de salud (*“[...] yo trabajo lo que puedo [...] ya no trabajo como antes [...]”, “Ahorita no he trabajado, porque toy operado y todavía estoy me están atendiendo en el Hospital General”, “cuando me siento mal ya no trabajo toda la semana, me duelen muchos mis huesos, me siento mal, me agarra mucho dolor de cabeza [...] y no puedo trabajar”,*)

Una cosa que se observó al momento de hablar sobre la cuestión laboral, reflejan sus rostros tristeza y pesar, como si ellos mismos se sintieran incapaces de realizar alguna actividad (rostros tristes, serios, movimientos de las manos limpiándose los ojos). Cuando se les pregunta que quien los apoya para subsistir,

algunos comentan que sus hermanos o familiares cercanos, hijos o inclusive nietos los han apoyado (*“mi sobrina me echa una mano”, “Mis hermanos a veces vienen”*)

De igual forma cuando se les cuestiona con respecto a un programa específico como lo es el de “70 y más”, la mayoría contestó que no. Dos señoras toman la palabra y empiezan a decir que cuando fueron a solicitar información, los anotaron solamente, luego fueron a encuestarlos para otro programa, pero aun viendo las necesidades que requerían o bien por la zona en la cual radican, se les negó el apoyo. Cuando comentaron esto, dan a entender en su manera de expresarse que las personas encargadas de dichos lugares, al momento de decirles estas respuestas se mostraron indiferentes o que no les dieron un trato adecuado (*“Una vez fuimos allá a SEDESOL, nos mandaron acá y nos dijeron que no, nos anotaron, pero que no procedía [...] vinieron a levantar encuesta para lo de Oportunidades, [...] ni a ella ni a mi nos anotaron”*).

Con respecto a la importancia de los programas, los adultos mayores entrevistados afirman que si son importantes y necesarios (*“si, como no”*), sin embargo siguen existiendo cierto grado de desconocimiento del porqué son importantes o bien para qué sirven esos programas. Lo anterior se refleja con la respuesta que da uno de los adultos mayores, expresándolo con cierto grado de inconformidad: *“son programas pa’ qué, pero que beneficio o que”, “a lo mejor en algunas partes si lo dan a conocer y pues aquí no [...] yo nunca he visto que vayan por las casas”*. Desde el punto de vista del adulto mayor no existe promoción o difusión de este tipo de programas, reforzándolo esta aclaración con la respuestas

“es que lo que les falta es promoción”, “[...]es que como aquí muy poco se dan a conocer [...]” así como cierto grado de discriminación (*“[...]nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro”*)

Un clamor generalizado es que se ayude a las personas que faltan, sobre todo a aquellos que no tienen los recursos suficientes para subsistir, también apoyo médico, actividades laborales, fuentes de trabajo para poder subsistir (*“Que pongan una algo de trabajar [...] que saque uno provecho”*), protección.

Se les comenta del programa que existe para acomodar al adulto mayor como paqueteros en las tiendas departamentales, a lo cual ellos dicen que es algo bueno. Surge la opinión de una señora con respecto al tema, en donde comenta que fueron a inscribirse en la presidencia municipal más sin embargo no le hablaron para que se incorporara a la actividad (*“mire nosotros nos fuimos y nos anotamos en la presidencia, y no, quedaron que nos iban a llamar y nunca nos llamaron”*).

Hablan mucho del programa Oportunidades, el cual beneficia a muchos sectores de la población incluyendo al grupo de adultos mayores. Sin embargo, existe el comentario de que el programa suele ser llamado de otra manera, lo cual les genera confusión.

Posteriormente, se les cuestionó sobre aspectos de la atención para la salud que ellos reciben, en donde las respuestas fueron muy variadas en cuanto a contenido, sin embargo, cabe destacar lo siguiente:

- a) Comentan que no han recibido la atención adecuada (*“nunca he recibido atención, nada”, “[...]vengo aquí y me dicen que no hay”*)
- b) Varios adultos mayores carecen de un seguro para poder ser atendidos (*“[...]muchas gentes no tienen seguro o hospital”*)
- c) Manifiestan que a pesar de tener un servicio o seguro de salud, tienen dificultad para recibir una atención adecuada (*“los que tienen Seguro Popular muchas veces batallan”, “[...] me dicen que me vaya al Seguro”*)
- d) De igual manera, se comenta que tienen que pagar el servicio y que en ocasiones no poseen el recurso necesario (*“[...] yo siempre, la mayoría de las veces he tenido que pagarlos particular”, “si no lleva dinero, no lo atienden”, “está muy cara la consulta”, “me da pena porque no llevo dinero”, “aquí el doctor nos cobra 10 pesos”, “tengo que sacar una ficha y pagar”*)

Cuando se les cuestiona sobre el lugar en donde son atendidos para recibir su servicio de salud, comentan que asisten al Centro de Salud Comunitaria de la colonia o bien a la clínica en la cual están adscritos como derechohabientes (*“[...] me están atendiendo en el Hospital General”, “ahí en la clínica [...] de ahí de la Estudiantil”, “yo me atiendo en el seguro”*).

Cuando se les cuestiona sobre la manera en la cual se enteran o conocen los programas de apoyo para el adulto mayor, es sorprendente que ellos mismos comenten que es muy raro que se les informe o bien que no tienen los medios necesarios para informarse sobre de ello (*“[...]yo no tengo televisión ni nada”*). También es importante señalar que lo ellos saben sobre los programas para el adulto

mayor ha sido de viva voz, es decir a través de los comentarios que llegan a sus oídos (“yo nomás escucho pláticas”, “yo a veces me entero por pláticas [...]”)

Con respecto al papel del personal de enfermería, se obtienen diversas opiniones que se enfocan en parte al trabajo que ellas desempeñan dentro de la comunidad, destacando los siguientes puntos:

- a) En cuanto a la calidad del servicio de cuidados, es muy variable la respuesta, ya que algunos afirman que son atendidos bien (“están aquí para el chequeo”, “[...] y nos atienden bien”, “nos atienden muy bien cuando vamos”, “las enfermeras son muy buenas [...] son muy lindas”), mientras que otros dan a entender que lo hacen de manera rutinaria (“solamente una curación y ya [...]”)
- b) Con respecto a la labor de campo, la mayor parte de los adultos mayores muestran su malestar ante el hecho que no van a visitarlos (“nadie”, “no nos han hecho encuestas”, “no, no van”, “Mire no van [...]”, “Ahí en mi casa nunca se han parado”, “a la casa nunca han ido”, “no, no, nomás pasan”) solamente pasan y llevan a cabo parte de su rutina (“pasan nomás de pasada”, “[...] pasan, pero no llegan”, “nomás pasan a decirme si ya me fui a vacunar y sino que me vaya a vacunar”), e inclusive les dan más importancia a otros sectores de la población, cuando se plantea que deben ser todos por igual (“pasan, pero solo a vacunar a los niños”, “han pasado y preguntan ¿tienen niños chicos?”). No podemos negar que también hay respuestas en donde afirman el hecho de que si los visitan y lo atienden según sus necesidades (“si

han pasado ahí en la casa”, “anduvieron por las casas invitando”, “si, si han ido, si han platicado [...]”, “si van las enfermeras”)

- c) Cuando se habla del proceso de promoción de la salud, ellos reconocen que el papel de la enfermera es muy importante, ya que le brindan la información necesaria, aceptando el hecho de que ellos lo necesitan para comprender varias cosas (*“las pláticas que nos han dado nos han servido”, “es importante que nos den a conocer, que nos informen porque nosotros estamos bien ignorantes de muchas cosas”, “por lo mismo, necesitamos la orientación de ellas y nos sirve”*)

Por último, para finalizar la entrevista, se les pidió al grupo de adultos mayores que dieran su punto de vista sobre las necesidades que ellos consideran como importantes. Las respuestas son muy variadas, sin embargo, podemos englobarlas en:

- a) Necesidad laboral: *“un tallercito que podamos manejar nosotros”*
- b) Necesidad económica, ya que con lo que les brindan no es suficiente para subsistir: *“me da pena porque no llevo dinero”, “[...] pero no tengo para el micro”, “para mil pesos que le dan a mi señor, no nos alcanza para nada”, “es bien poquito”, “no alcanza”, “la gente no vive de una pensión”.*
- c) Necesidad de equidad, ya que consideran que solamente les apoyan a algunos que tienen el programa mientras que relegan a los que no están inscritos a alguno: *“yo digo que no haya excepción en la protección del adulto mayor”, “a los del grupo si los atienden pero los demás”*

- d) Necesidad de seguridad, puesto que consideran que no viven con tranquilidad: *“seguridad para nosotros, los viejitos”*.
- e) Necesidad de atención, puesto que reflejan tanto en sus rostros como en su forma de actuar que no son tomados en cuenta: *“yo pienso que hagan por nosotros los viejitos”, “uno de repente anda bien, o anda mal... muchas gentes no tienen seguro o hospital”*
- f) Reconocimiento de incapacidad: *“el adulto mayor ya no tiene la capacidad de vivir así”, “se puede pensar que el adulto mayor vive a expensas de un hijo o una hija y que está en una casita más o menos pos nada más esta de arrimado ahí”, “nomás pasamos los 70 años y nada”*
- g) Intención de ser atendidos, ya que ellos están dispuestos a recibir todo el apoyo que les brinden, así como las atenciones que les permitan vivir dignamente: *“cuando quieran, vayan, ahí estoy”*

7.1.2.2. Entrevista al líder del grupo

Durante el desarrollo de la entrevista grupal, se destacó la participación activa de uno de los integrantes del grupo entrevistado. A dicha persona se le asignó la etiqueta de líder, de la cual se procedió a entrevistarla. A continuación se mencionará los puntos que ella considera importante tratar con respecto a la temática de la investigación y en relación a las preguntas que se le fueron planteando.

Con respecto al carácter trasfondo general, la señora entrevistada tiene cuatro años de antigüedad en el grupo de ayuda mutua perteneciente al Centro de Salud Comunitaria de la colonia Echeverría. Asegura que si ha tenido y/o atendida por parte del personal de enfermería, la cual se encuentra pendiente de las actividades del GAM.

Siguiendo el guión de preguntas estructuradas, con respecto al conocimiento de los programas a favor del adulto mayor, ella comenta que si los conoce, dando a conocer uno del cual ha sido beneficiada su familia: *“si, si los conozco... ire, mi esposo estuvo en habitad...”*, sin embargo dentro del mismo comentario da a entender que solamente fue por un periodo corto (*“[...] no más lo protegieron dos veces”*). La forma mediante la cual ella se enteró del programa “Habitad” fue a través de la difusión mostrada en el salón de actos de la colonia Echeverría mediante el uso de carteles (*“si es un programa que este, ahí están los cartelones que vi en el salón de actos de la Echeverría [...]”*).

Con respecto a que si los demás compañeros del GAM conocen los programas que hay para el adulto mayor, ella da a entender que solamente algunos cuantos si están enterados, mientras que otros desconocen totalmente el tema (*“pues algunos si, otros no”*). Lo anterior lo relaciona con el hecho de que no existe difusión de estos programas (*“bueno, es que no los mencionan, no dicen nada, ‘verda’”*).

Con respecto a la importancia que le da a los programas del adulto mayor, ella indica que son buenos y realiza una conexión importante ante el hecho de que lo observa como una acción que surge por la preocupación del bienestar de este grupo de personas (*“[...] que es bueno porque pues, que bueno que se preocupan por el adulto mayor”*). Al mismo tiempo, ella considera que la presencia de estos programas, evitan problemas mayores tal como lo es el maltrato. Para este punto, ella refiere una noticia que observó a través de la televisión, denotando el hecho de que este medio es una herramienta que influye en su manera de ver las cosas así como el de informarse adecuadamente sobre la problemática tan seria como lo es este mal social.

Para ella, el maltrato tiene que ver con el abandono, la falta de atención y sobre todo el hecho que ignoren su persona e ideas (*“pues que lo tengan en abandono, que no lo tomen en cuenta”*). Para ello, la presencia de los programas a favor del adulto mayor evitan todo este tipo de situaciones, según la perspectiva que tiene la señora entrevistada (*“pues ahí viene la protección para el adulto mayor”*). Además, añade que para poder apoyar al adulto mayor, es necesario que los

programas generen una distracción en él, buscar la manera de disminuir o erradicar la soledad y el abandono a la cual se enfrenta y sobre todo disminuir sus tristezas.

Con respecto a lo que le falta a los programas para el adulto mayor, ella considera que el principal punto que se tiene que resanar es la falta de visitas domiciliarias. Lo anterior ante el hecho irrefutable de que no todos tienen la habilidad y facilidad para moverse o trasladarse de un lugar a otro, denotando las dificultades físicas y de salud que se padecen a esta edad (*"[...] que se arrimen a ver el, digo a los adultos mayores como están porque algunos [...] no se pueden mover, que no se pueden caminar [...]"*).

Desde su punto de vista, el origen de los programas que brindan un beneficio al adulto mayor tiene que ver más con una actividad política que a otra cosa. Independientemente del origen del programa, la señora considera que si funciona ya que antes no se difundían (*"digo yo que si debe de funcionar, porque más antes no se mencionaban, ni en cuenta [...]"*).

La forma mediante la cual se entera de la existencia de estos programas ha sido de viva voz, es decir de las pláticas que tienen con las personas y con sus vecinas, sin descartar el hecho de los medios de información masiva, tales como la televisión o los carteles publicados en la comunidad (*"[...] los cartelones que vi en el salón de actos de la Echeverría [...]", "[...] yo vi una entrevista por televisión [...]", "pues por pláticas [...]"*).

De los puntos que se tienen que mejorar en las políticas existentes, la señora comenta que se deben de incrementar las visitas, apoyar a aquellas personas que más lo requieran, velar por la salud de aquellos que no tienen la posibilidad de moverse libremente. Al mismo tiempo, comenta que es necesario y fundamental que los lugares que se proporcionen para el desarrollo de las actividades del grupo deben de estar acondicionados adecuadamente. Lo anterior ante la queja que realiza en base a las carencias que tiene el centro comunitario (“[...] *faltan los abanicos, ahí faltan sillas para sentarse uno [...]*”).

Una de las actividades que más disfrutan los adultos mayores tiene que ver con trabajos manuales, al mismo tiempo comenta que muchos de sus compañeros se apuntaron porque apoyan al adulto mayor a través de la entrega de despensas, las cuales no tienen una periodicidad (“[...] *nos dan una ayudita este de una despensita cada dos meses o mes, a veces mes y medio [...]*”).

Con respecto al personal de enfermería, comentan que son unas personas atentas, ya que les brindan una atención cuando lo necesitan dentro del centro de salud. Sin embargo al momento de tratar los aspectos del área comunitaria, comentan que solamente pasan para revisar y supervisar otros programas como el dengue y las campañas de vacunación infantil (“*pues pasan, cuando van, [...] a la revisión de patios [...] y me preguntan que si no está la vecina que tiene niños para la vacuna*”). Esto también refleja el problema que se demanda de la falta de comunicación hacia los adultos mayores por parte del personal de enfermería (“*si, busca a los niños pero no al adulto mayor [...]*”, “*le digo que no me visitan*”).

También considera el hecho de que la enfermera es importante para el mantenimiento de la salud del adulto mayor. La cataloga como una persona amable, cordiales y que el trato es el adecuado, sin embargo solamente la ubica en las actividades de revisión y chequeo de signos vitales. Además ella piensa que es necesario que el personal de enfermería deba de brindar charlas para que el adulto mayor se relaje y que a través de dichas pláticas le brinde apoyo y palabras de superación.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.1.2.3. Entrevista al personal de enfermería

El otro miembro importante para el desarrollo de esta temática es el sentir y pensar del profesional de enfermería que labora dentro del centro de salud comunitario, sobre todo a aquel que apoya al grupo de ayuda mutua. A continuación se muestran las observaciones realizadas por uno de los miembros del cuerpo de enfermería.

Una de las primeras observaciones es que el personal de enfermería cree que la finalidad de su trabajo es la de brindar orientación y apoyo a las personas. Con respecto al adulto mayor, hace referencia que se le hace visita y que se le cuestiona varios aspectos de interés relacionado más que nada con las vacunas que se deben de aplicar.

Cuando se le cuestiona sobre la satisfacción que tiene a nivel profesional, el personal de enfermería comenta que a ella le gusta su trabajo, desde las actividades de campo hasta por la atención individualizada para cada persona que es atendida en el centro de salud. Hace énfasis en el hecho que muchas de las acciones no son posibles llevarlas a cabo al cien por ciento, pero se hace todo lo que esté al alcance de sus facultades (*"[...] si alguien me necesita, hago lo posible por solucionar el problema dentro de mis posibilidades [...]"*). También, relaciona el hecho de la satisfacción profesional y personal con el aspecto económico, ya que ella considera que es remunerada adecuadamente en base al ejercicio de su profesión (*"[...] yo me considero bien pagada [...]"*).

También comenta que desde su punto de vista, no cree que el gobierno valore sus actividades, de igual manera cree que esto también se ve reflejado dentro de la comunidad en la cual labora. Reconoce el hecho de que se esfuerzan demasiado para sacar adelante los proyectos, sin embargo no han tenido el reconocimiento adecuado de su actividad laboral (“[...] *nos esforzamos bastante por sacar nuestro trabajo adelante pero nunca tenemos un reconocimiento como promotor [...]*”).

Cuando se le cuestiona aspectos relacionados con la superación académica, ella refiere que no ha tomado cursos ni mucho menos programas para progresar académicamente y profesionalmente. Esto lo relaciona con el hecho de que no tiene el dinero suficiente para solventar el gasto de un estudio nuevo (“*no me completaba...*”). También éste problema relacionado con el hecho de que no tiene tiempo disponible para poder estudiar o actualizarse adecuadamente (“*sobre todo el tiempo porque pues el trabajo es de 8:00 am a 3:30 pm de lunes a viernes, ¿a qué horas podemos ir a la escuela?, ¿un sábado?, el sábado pues yo me dedico totalmente a mi casa a lavar y planchar, el mismo día yo lavo y plancho y el domingo me queda de descanso.*”)

Cuando se habla de las necesidades materiales que requieren para poder llevar a cabo de forma adecuada su labor como enfermeras en el área comunitaria, se hace remarca la necesidad de establecer espacios adecuados para su atención (“*un área donde trabajar con los adultos mayores porque no la hay [...]*”, “*no, no, no, no, un lugar específico para el grupo GAM no lo hay [...]*”).

Cuando se le pregunto sobre la actualización del personal, considera que esta es necesaria, ya que esta actividad tiene como fin el de prepararlos adecuadamente para brindar apoyo e informar adecuadamente a la comunidad. Cabe hacer notar que ella refiere que esta preparación y actualización la enfoca al ejercicio de informar y ayudar a una comunidad.

Cuando se le cuestionó sobre las necesidades que tiene el programa, ella hace la aclaración de que no lleva el control del grupo GAM, que ella solamente se encontraba temporalmente a cargo de dicha actividad. Afirma que ella está encargada del grupo denominado 'Proeza', en donde se atiende y orienta a personas sanas sin enfermedad crónica, pero con problemas de sobrepeso y obesidad. Independientemente de que ella este en un grupo o en otro, en ambos brinda atención al adulto mayor que en ellos se encuentran.

Para poder abastecerse de los insumos que requiere para brindar un buen servicio, comenta que es la jurisdicción quien le proporciona paquetes para que se lleven a cabo las actividades deportivas y el material necesario para el chequeo de salud rutinaria para el adulto mayor cada mes (*"con respecto al material para el chequeo de ellos, siempre hay [...]"*). Al mismo tiempo señala el hecho de que los grupos no son muy estables en comparación al grupo GAM de adultos mayores.

Para realizar las actividades de campo, solamente hay tres personas encargadas de dicha actividad, por lo que comenta que es insuficiente el personal para cubrir un sector geográfico amplio. Al mismo tiempo comenta que estos

promotores solamente se encargan de llevar censos y estadísticas, así como campañas de vacunación. En cualquiera de los casos, al parecer no existen suficientes enfermeras que velen por la salud y bienestar del adulto mayor a nivel campo (“*con adultos mayores nada más mi compañero y yo [...]*”).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.2. Resultados obtenidos del segundo grupo de investigación.

7.2.1. Clasificación y categorización de la respuesta viva.

El grupo compuesto de 16 adultos mayores con edad entre los 60 y 90 años, edad promedio 75 años, 14 cuentan con respaldo de alguna institución de salud, 12 de ellos viven con la familia y 4 viven solos, acuden a un desayunador público “La Mesa del Señor” ubicado en la Col. Vicente Guerrero de Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Durante el desarrollo de la entrevista, se obtuvieron diversas respuestas en base a los cuestionamientos planteados. Cada una de estas respuestas nos va a ayudar a determinar las categorías y dominios en los cuales se estructura el sentir y pensar de cada uno de los elementos que participaron en esta actividad. A continuación se muestran los cuadros obtenidos a partir de las respuestas dadas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Cuadro 4. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del grupo de adultos mayores que asisten al comedor "La Mesa del Señor".

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Mesa del Señor	Conocimiento	"pues yo vine solo. Yo vi mucha gente y me acerqué" "es del señor Gobernador" (quién da los desayunos) "Es del Gobernador" (el que ayuda en los desayunos)
	Información	"este, una señora amiga" (me dijo)
	Interacción	"todo el personal de aquí (los tratan bien) si"
	Servicios brindados	"voy aquí, aquí me la pusieron" (sobre vacunas) "cuando me siento así algo mal, así algún malestar, me voy y me siento para que me estén checando la presión [...]" "si, he venido aquí, siempre vengo a la clínica aquí" "si, aquí me atienden"
	Beneficios	"Yo aquí he hecho dos cursos y me los han pagado" "en hacer piñatas y las hicimos pero dos cursos he hecho y me los han pagado" "aquí nos dan una despensa por siete pesos"
	Movilidad	"Yo soy de Pajaritos[...]caminando (llego hasta acá)"
Programas para el adulto mayor	Conocimiento	"yo no conozco nada" "Si (les falta comunicación), porque no lo conocemos" "la verdad yo no conozco nada"
	Obtención de la información	"no" (nos han dicho nada) "no, nada de eso" (les dan a conocer los programas)
	Beneficios obtenidos	"nos ponen a hacer ejercicio, nos checan y nos ponen hacer manualidades" "yo como con lo que me dan en Oportunidades yo tengo oportunidades y me dan dispensa en la presidencia y con eso pos no hay más con eso la hago a veces"
	Periodicidad de apoyo	"Cada dos meses me dan una ayudita, pero este mes y el que entre no me van a dar hasta después de los otros meses que siguen"
	Interacción con los programas	"yo soy del grupo GAM"

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el adulto mayor	Problemáticas presentadas en tramites	<p><i>“dijieron que iban a pasar por nuestros hogares, para ver como vivíamos, sin embargo, yo para que le voy a decir que yo vivo muy bien [...] tengo una grabadora nada más, y nomás con que allá televisión, no no dan la ayuda, eso es malo, ¿verdad?”</i></p> <p><i>“Vino ITAVU y nos quitó del rio, y era en donde yo vivía [...] ahí era en donde tenía mi casa, ahora ni casa tengo”</i></p>
Personal de Enfermería	Actividad que desarrollan	<i>“[...] me checan la presión”</i>
	Atención recibida	<p><i>“yo si, tengo la tarjetita que me dieron del seguro popular, saco la medecina que me dan”</i></p> <p><i>“bien” (me atienden)</i></p> <p><i>“yo me andaba muriendo de un dolor de muela y aquí no hay médicos y enfermeras y no atienden bien”</i></p> <p><i>“un día me regañó la enfermera que porque no me tocaba ahí, me enojé y por poco le aventaba las medicinas ahí”</i></p>
	Percepción	<p><i>“si” (necesita mayor preparación)</i></p> <p><i>“si” (hay que capacitarlas)</i></p> <p><i>“Yo un día fui aquí, y como que no sé, como que son cortas, si no me ven no me atienden ”</i></p> <p><i>“la enfermera me regaña”</i></p> <p><i>“me preguntan qué vacuna me pusieron y les dije, si ustedes no saben, yo menos”</i></p>
	Promoción de la salud	<p><i>“Ahorita el viernes va a venir Erika a darnos las pláticas”</i></p> <p><i>“Antes venía Sergio, aquí nos hacia las juntas en la tarde a las cuatro, las cinco; de que nos hacía pláticas...”</i></p>
	Difusión de los programas	<i>“Solo de ese me hablan” (referencia al grupo GAM)</i>
	Visita comunitaria	<p><i>“No, porque vivo muy lejos y si ni los candidatos van... estos necesitan más a los ricos que a los pobres”</i></p> <p><i>“Las enfermeras solo pasan, nunca llegan”</i></p> <p><i>“a mi casa no a llegado naidien”</i></p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Económicas	<p>“yo estoy solo, no trabajo, si necesito comprar algo, ¿cómo le hago?”</p> <p>“pues trabajamos todo el día, pero no sacamos nada”</p>
	Laborales	<p>“pues no, lo ven a uno con el pellejito arrugado o malo de un pie, de una mano que no puede trabajar, por ejemplo yo ya de 85 años, no hay quien me ocupe porque no desquito lo que me dan”</p> <p>“Ya no me dan trabajo porque tengo 82 años”</p> <p>“Hay algunos que si podemos trabajar, pero otros no, a veces voy a limpiar solares o chambitas que me dan”</p> <p>“[...] vendo ahí unos quesitos de a poquito pero ya me canso mucho”</p> <p>“ya no puedo trabajar [...]”</p> <p>“[...] junto leñita para venderla como a la semana o 15 días junto 60 pesos”</p> <p>“pos yo si quisiera trabajar pero a uno no le dan trabajo”</p> <p>“yo si podría trabajar ahí” (como empacadores de tiendas de autoservicio)</p>
	Vivienda	<p>“[...] nomás uno vive de arrimado”</p> <p>“[...] ahora ni casa tengo”</p> <p>“Ah, pues ahí me prestaron una sombrita, en la Azteca II [...] un matrimonio”</p> <p>“No tengo casa”</p> <p>“ya no tengo en donde vivir”</p>
	Auto-percepción	<p>“[...] lo ven a uno con el pellejito arrugado o malo de un pie, de una mano que no puede trabajar [...]”</p> <p>“[...] ya me canso mucho”</p> <p>“a uno lo ven con sus piecitos, sus bracitos y piensan que no podemos hacer nada”</p> <p>“[...] ya va un año que no hago nada”</p> <p>“uno ya no aguanta ya”</p>
	Salud	<p>“[...] porque se me acabo mi vista y ya me llevan y me traen de aquí donde vivo yo.”</p> <p>“[...] no puedo caminar [...] pero mi vista es la que batallo de mi vista [...]”</p> <p>“no oigo bien”</p> <p>“no me he vacunado [...] ¿para qué? [...] no la he necesitado”</p> <p>“yo ya estoy vacunada”</p> <p>“[...] me siento para que me estén checando la presión, a veces la traigo un poquito alta, a veces.”</p> <p>“yo estoy fregado de la rabadilla, me operaron dos veces aquí (señala), esta rodilla no la puedo mover [...]”</p> <p>“no puedo estar parado”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Necesidades	Asistencia de salud	<p>“yo no soy de nada”</p> <p>“yo sí” (tengo Seguro Popular)</p> <p>“Si tengo, me lo dieron por 3 años hasta el 2011”</p>
	Familia	<p>“[...] estoy viviendo con mi hijo, ahí estoy con el [...] si y mi nuera”</p> <p>“[...] hay una sobrina mía que por aquí está presente, y a veces le doy lata y ella pobrecita pues me ha venido a dar la mano”</p> <p>“[...] pero solo, solo de a tiro estoy, no tengo esposa, no tengo, este pos nomás mi hijo ahí y mis familiares como ella que está cerquita y así...”</p> <p>“yo vivo con mi familia y mis hijos, no tengo solar, casa propia. Estoy arrimado [...]”</p> <p>“fijese, yo tengo siete hijos y ni uno me va a ver”</p> <p>“de que sirve tener seis hijos si ninguno me hecha la mano”</p> <p>“tengo dos nietos [...] ellos traen su comida, cuando estoy bien se las hago, sino ellos llegan y hacen de comer y a veces me dan un taquito [...] ellos están ahí conmigo, no pagan renta”</p> <p>“Estoy con una hija, pero ella no razona bien”</p> <p>“Ellos están fuera” (de la ciudad)</p> <p>“Estoy con mi esposo y un hijo”</p> <p>“Vivo con una hija”</p>
	Equidad	<p>“yo se que a muchos de los amigos aquí les dan por sus necesidades, que bueno verdad, pero ¿cómo le harían?, ¿arreglarían con una amistad o irían a arreglar sus papeles? No sé...”</p>
	Emocional	<p>“yo si tengo animo”</p> <p>“[...] el estaba feliz platicando con todos los que estaban ahí, pero por eso no se fijaba que metía en cada morral [...]”</p>
	Movilidad	<p>“pues estoy batallando, me trae a veces mi muchacho y a veces no porque él anda buscando trabajito [...]”</p> <p>“[...] a veces vengo, a veces no puedo venir porque no puedo caminar, yo si camino, pero mi vista es la que batallo de mi vista [...]”</p> <p>“batallo para andar en los camiones, porque me caí”</p>
Participación del adulto mayor	Disposición para ser atendidos	<p>“Muchas gracias por la información, porque de verdad, si la necesitamos”</p>

Cuadro 5. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del adulto mayor líder del comedor "La Mesa del Señor".

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el Adulto Mayor	Conocimiento	"Bueno, fue porque me llevó una compañera" "Pues el de adopta, adopta un abuelito" "proviene de la política, ¿no?"
	Beneficios obtenidos	"nos traen el mandadito cada mes" "nos venden despensitas" "Pos allí nomás hacemos ejercicios" "participamos en bailables"
	Difusión	"Yo me enteré ahí en el comedor, porque aquí en la casa no"
	Importancia	"Pues están bien, ahí pa' que nos ayuden" "Pues están bien, porque nos ayudan, antes no había nada de esa ayuda" "Pos yo digo que sí (son importantes) [...] porque se ayuda uno"
	Mejoras sugeridas	"Pos yo digo que así están bien" "que les ayudaran más a los que no pueden"
Necesidades	Laboral	"No, ahora ya no trabajo, pero trabajé mucho" "No pos nomás le hago las gorditas al muchacho"
	Auto-percepción	"[...] ya casi no quieren participar" (en bailables) "Nosotros todavía podemos ir, vamos y venimos" "yo estoy aquí toda chueca, pero todavía camino"
	Movilidad	"yo estoy aquí toda chueca, pero todavía camino"
	Equidad	"[...] porque faltan muchos [...] los que no pueden ir" "que les ayudaran más a los que no pueden"
Entorno	Reconocimiento de problemas	"Fíjese, por aquí esta una señora que ya no puede ir" "Todas las diabéticas estamos ahí"

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de enfermería	Servicio brindado	<i>“si nos atienden bien” “ahí nos hicieron los análisis” “cuando vamos, nos atienden bien”</i>
	Trabajo de campo	<i>“nomás cuando vienen, como ahora que vinieron unas dos [...] a hacernos el...” “por fuera no, no vienen [...] nomás ahí, en el centro de salud”</i>
	Aplicación de programas	<i>“No hay enfermera encargada”</i>
	Importancia	<i>“yo creo que sí, porque a uno lo atienden” “yo digo que sí, debe de haber enfermeras que a uno lo atiendan”</i>
	Percepción	<i>“son muy buenas” “Cuando nos toca cita, nos atienden bien”</i>
Otras personas que interactúan	Atención recibida	<i>“los voluntarios nos atienden bien, cuando llegamos ya nos van sirviendo” “Don Luis es quién nos pone los ejercicios”</i>

Cuadro 6. Respuestas y categorización de la información obtenida por parte del personal de enfermería del CSU – Vicente Guerrero.

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Personal de Enfermería	Auto-percepción	<p>“Soy licenciada en enfermería, pero tengo 10 años ya de experiencia de trabajar en la comunidad, en campo”</p> <p>“[...] podemos tener toda la intención de apoyarlos y de atenderlos [...]”</p> <p>“[...] lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”</p>
	Servicios brindados	<p>“[...] estoy a cargo de, estoy al frente del grupo GAM”</p> <p>“[...] se ve reflejado en la atención que le damos a los adultos mayores, en los cambios que hay en ellos, el poder nosotros brindarles los apoyos que ellos necesitan más, ellos aquí a parte de darles pláticas, de atenderlos, en cuanto a sus vacunas, atención médica, más que nada es el apoyo psicológico que le damos a los adultos mayores, que es lo que más, más necesitan”</p> <p>“[...] nosotros los checamos una vez o dos veces al mes a los diabéticos”</p>
	GAM	<p>“[...] porque el grupo esta ya acreditado a nivel nacional desde hace 2 años, de hecho ya está en puerta la re-acreditación.”</p> <p>“[...] se acreditó el grupo el año pasado [...]”</p>
	Satisfacción	<p>“Claro que si, me encanta”</p> <p>“Pues lo hago con mucha satisfacción [...]”</p>
	Adulto mayor	<p>“[...] los adultos mayores son personas que viven solos, necesitan mucha atención [...]”</p>
	Promoción de la salud	<p>“[...] nosotros le podemos dar toda la atención al adulto mayor, la educación, eh cuidados, los educamos, les enseñamos como cuidarse [...]”</p>
Necesidades	Sueldo	<p>“No” (percibo lo que debo de merecer)</p> <p>“[...] el sueldo que percibe uno es, para mi no es reconocido el trabajo que se hace, claro, no porque no te paguen bien lo que vas a hacer, lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”</p> <p>“[...] pero bueno, también pensando en que ojalá tengamos mejor sueldo [...]”</p>
	Formación académica	<p>“[...] mi meta para el año entrante es hacer una especialidad [...] pero la intención la he tenido desde hace 10 años de hacer una especialidad, pero no se ha podido”</p>
	Espacio	<p>“[...] por ejemplo, el lugar es muy pequeño”</p> <p>“[...] la infraestructura, un lugar adecuado para atenderlos como debe ser”</p>
	Reconocimiento	<p>“lo hacemos porque es vocación, lo hacemos de corazón, pero sinceramente no [...]”</p> <p>“[...] para mí, no es reconocido el trabajo que se hace”</p>

Categoría	Sub-categoría	Código vivo
Programas para el Adulto Mayor	Fundamentación del programa	<i>“No del 100%, pero si este (GAM), lo más esencial si lo está, si están aterrizados bien los programas”</i>
	Materiales	<i>“En material, en material, yo pienso que es el material lo que nos hace falta [...]” “[...] nos prometieron unos apoyos en cuanto a glucómetros, estuches de diagnóstico, este, básculas para brindar una mejor atención, verdad, a ellos, una parte si se nos ha dado pero, lo que yo siento que nos hace falta más [...]” “[...] todo el material, si nos hace falta, porque es mucha la demanda, pero es muy poco el material por así decirlo [...]”</i>
	Propuestas	<i>“[...] lo que tenemos planeado verdad, para ellos pues quisiéramos que cada adulto mayor tuviera un glucómetro para que su diagnóstico, su tratamiento fuera más eficaz, esa es la meta que nosotros nos hemos propuesto para ellos.”</i>
	Capacitación	<i>“Pues la verdad, parte si” (he recibido capacitación)</i>
	Problemáticas	<i>“Pues más que nada cobertura, cobertura, como te decía anteriormente, los programas están bien estructurados, pero desgraciadamente es tanta la demanda [...]”</i>
	Personal	<i>“[...] y recurso humano pues también” (falta)</i>
Adulto mayor	Percepción	<i>“[...] esperemos que nunca los descuidemos y que siempre estemos pensando en esa gente que necesita mucho, mucho apoyo, y desgraciadamente están solos, en la mayoría de los casos son personas solas que no tiene quien los apoye”</i>

7.2.2. Observaciones recabadas en base a las entrevistas

7.2.2.1. Entrevista al grupo que asiste al comedor “La Mesa del Señor”

El grupo de adultos mayores que estuvieron presentes en el ejercicio de la entrevista oscilan en un nivel socioeconómico entre bajo y medio, siendo mayoritariamente bajo, en base al comportamiento y a su forma de expresión. Lo anterior también se puede confirmar en base a los comentarios que se fueron dando a lo largo de la charla. Para empezar, lo que ellos tienen de conocimiento o fuente de información sobre los programas que existen para el adulto mayor es muy pobre, ya que solamente lo relacionan con aspectos políticos (“*es del señor Gobernador*”) y la forma de difusión existente es a través de pláticas o invitaciones (“*este, una señor amiga*” (me dijo)).

Es muy marcada la respuesta “*yo no conozco nada*” y se le relaciona con la falta de información y comunicación que existe por parte del personal encargado de ello, habitualmente se lo atribuyen a la enfermera como medio de difusión de dichos programas. Aún así con esta carencia de información, algunos adultos mayores están integrados a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) en donde ellos comentan realizar actividades físicas, recreativas y servicios de salud.

Con respecto al trato que reciben en el comedor, ellos dicen que es bueno, los tratan bien. También tienen muy en mente que las personas que están en dicho lugar no son enteramente personal de enfermería, son voluntarios que acuden con el fin de darles una manita y un apoyo que ellos tanto necesitan. A pesar de ser un comedor, ellos reciben algunos servicios de enfermería que son proporcionados por

enfermeras del Centro de Salud Urbano de la zona, en donde son chequeados de la presión o bien se le brinda servicios de vacunas y medicamentos.

Otros beneficios que tienen al asistir al comedor “*La mesa del Señor*” son el de participar en algunas actividades artísticas (“*en hacer piñatas [...]*”), asistencia a cursos programados y que les son pagados; así como la adquisición de una despensa básica con un precio muy representativo (“*aquí nos dan una despensa por siete pesos*”). Con respecto a este último, el cual es el más solicitado, quienes son beneficiados con el programa “Oportunidades”, reciben la ayuda de la despensa cada mes o dos meses. Cuando lo comentan lo dicen con un tono de voz que denota tristeza y preocupación por su bienestar.

Sin embargo, para poder obtener estos beneficios, uno de los aspectos muy importantes que se relaciona tanto con su salud como su seguridad es la movilidad que deben de tener. La mayor parte de las personas no son de lugares cercanos al comedor, por lo que se tienen que trasladar de distancias lejanas sea caminando (la mayoría de las personas) o bien haciendo uso de un medio de transporte (microbús) y, en casos contados son llevados por familiares.

También se tiene que destacar el hecho de que pasan dificultades para realizar el trámite de algunos programas. Aspectos como la presencia de algún electrodoméstico o bien la forma de la casa en donde se encuentran habitando, son causas por la cual no reciben el beneficio. El adulto mayor hace notar su inconformidad al momento de hablar de este tema, puesto que ellos piden que se

realice bien los estudios, ya que los entrevistadores no saben si están ahí de arrimados, si les dieron solamente apoyo o bien simplemente los aparatos que tienen en su hogar no están en condiciones de funcionamiento.

Un aspecto muy marcado en la plática es el relacionado con la vivienda. Comentan un hecho muy peculiar relacionado con la dependencia denominada ITAVU (Instituto Tamaulipeco de Vivienda y Urbanización), en donde varios fueron desplazados de sus hogares por motivos de seguridad (vivienda al margen y cuenca del río “San Marcos”). Este hecho hace que el adulto mayor se deprima por el hecho de no tener una vivienda propia, o bien por haber perdido aquel espacio que tanto tiempo y esfuerzo le costó con el pasar de sus años.

Con respecto al personal de enfermería, en primera instancia la ubican como aquella señorita que se encarga de checar la presión o algún signo vital tal como temperatura o bien el azúcar. En cuanto a la atención que ellos reciben, es muy contradictorio el tipo de respuestas y el tipo de emociones que ellos reflejan al comentar. Unos dicen que si son atendidos, que son atendidos bien, sin embargo lo hacen con un tono de voz no muy convencidos, mientras que otros de manera enérgica, que no son atendidos de forma adecuada, expresando inconformidad en la atención de salud, no solo las enfermeras sino que también los médicos del lugar.

Ellos tienen una imagen de que la enfermera es regañona, enojona; puesto que en varias ocasiones realizan comentarios como “*me andaba muriendo de dolor de muelas y aquí no hay médicos y enfermeras y no me atienden bien*”, “*un día me*

regañó la enfermera que porque no me tocaba ahí [...]’. También consideran que les falta algo, por lo que piden que sean capacitadas, preparadas adecuadamente, que tengan más paciencia con ellos, que platicuen, que se comuniquen (*“[...] como que son cortas, si no me ven no me atienden”*), pero sobre todo que los atiendan adecuadamente ya que en algunos casos, en base a la forma en que se expresan del personal de enfermería, denotan un poco de temor e insatisfacción.

A pesar de estas necesidades, si reconocen el trabajo realizado en cuanto a promoción y difusión, aunque vuelven a recaer en lo mismo, que se requiere más comunicación e interacción con ellos. Afirman que va una enfermera a platicar con ellos, y que anteriormente era un enfermero quién se encargaba de dicha acción. Lo único malo que se puede determinar de este ejercicio es el hecho de que solo se habla del GAM y no de otros programas que beneficien al adulto mayor (en base a lo que ellos mismos comentan).

Con respecto al trabajo comunitario y de campo, muchos en voz de queja comentan que no van a visitarlos y lo relacionan con el factor distancia. Respuestas como *“No, porque vivo muy lejos y si ni los candidatos van [...]’*, *“las enfermeras solo pasan, nunca llegan”* o *“a mi casa no ha llegado naidien”* denotan esta inconformidad.

Otro aspecto a destacar es el hecho de que el adulto mayor refleja tres necesidades en su forma de expresar, las cuales se relaciona con lo laboral, la familia y salud. Ellos tienen una necesidad de trabajar, puesto que cuando se tocaron

temas relacionados con la economía, muchos daban a entender que tienen la necesidad de trabajar para poder subsistir, o bien para sentirse útiles en la comunidad.

Trabajos como la limpieza de terrenos, venta de productos, recolección de materiales, entre otras cosas, son actividades que suelen desempeñar para tener un ingreso. No ven con malos ojos el hecho de trabajar de empaquetadores en tiendas comerciales, sin embargo ellos mismos comentan que el entorno de esos lugares los hace sentir cómodos por el simple hecho de que pueden platicar con varias personas (al grado de que no sepan que van metiendo en las bolsas por andar distraídos). Sin embargo los aspectos de edad, apariencia entre otras cosas son causales por la cual no son empleados, dando a entender que ellos son discriminados.

Con respecto a su salud, los principales problemas se relacionan con la vista, la dificultad de movimiento, dolores y presión alta. Como es habitual, se quejan mucho de sus dolencias, y lo relacionan además con el trato que reciben, que en vez de irse mejorando, en ocasiones se empiezan a sentir mal o peor por la forma en que se dirigen hacia ellos. De ahí que comentan que las enfermeras necesitan ser más atentas, más comunicativas, que no sean “cortas” en ese sentido.

Con respecto a la familia, la mayoría comenta que viven de “arrimados” con algún familiar, siendo hijos, sobrinos o nietos los casos más comunes. También remarcan el hecho de que conviven con ellos, siendo poco el tiempo que se dedica para dicha actividad. Aún así, la tristeza se hace notar cuando comentan que aún

teniendo cierta cantidad de hijos, “si ninguno me hecha la mano”. Aceptan el hecho de que son apoyados por su familia, pero de los hijos es en donde más recientes este tipo de abandono.

Otra necesidad detectada y que no se había contemplado en un principio está relacionada con la vivienda. Muchos demuestran su impotencia por no tener un lugar fijo en donde vivir. El andar de un lado para otro, de “arrimado” con algún familiar o vivir a expensas de la bondad de las personas no les parece bueno. El tener una vivienda propia o simplemente tener un terreno que sea propio de ellos es lo que en cierta manera demandan.

En sí, el adulto mayor que asiste al comedor de “La Mesa del Señor” se visualiza como una persona con un motón de problemas, que se cansa, que da lástima a las personas que lo rodean, se describen como personas que están “arrugadas” y que no pueden hacer nada. Esto lo dicen en tono burlón, pero aún así se denota un aire de tristeza, no por el hecho del proceso biológico natural, sino más bien por la manera en que son tratados en ciertas ocasiones por las personas que lo rodean.

Otros aspectos, no menos importantes, que el adulto mayor externó durante el desarrollo de la entrevista están relacionados con los siguientes puntos:

- a) Necesidad económica. Comentan que no tienen el suficiente ingreso para poder sobrevivir adecuadamente. Denotan aquellos que pueden trabajar que lo que ganan no es suficiente.

- b) Necesidad de asistencia: la mayoría comenta no tener un servicio de salud que puedan ejercer. Aquellos que lo tienen es gracias a la presencia del denominado “Seguro Popular”, sin embargo con fecha límite de aplicación del servicio.
- c) Necesidad de equidad: ven la urgencia de que todo adulto mayor sea apoyado por igual, ya que se preocupan por aquellos que difícilmente no son atendidos por diversas razones, siendo la movilidad y la salud la principal causal de esto. De igual manera, al momento de realizar trámites, dan a entender que algunos son apoyados por que usan ciertos mecanismos no éticos.
- d) Necesidad emocional: para tener una estabilidad emocional y mental, comentan que es muy importante la implementación de las pláticas. Lo anterior se confirma con el hecho de que platicando se tranquilizan y se olvidan de los problemas que los agobian.
- e) Necesidad de movilidad: expresan dificultad para acudir a los lugares en donde les brindan un servicio, sea tanto el comedor como el mismo centro de salud. Al mismo tiempo, los problemas de movilidad lo relacionan con aspectos propios de su salud tales como una debilitada visión, cansancio así como el hecho de que sus familiares tengan el tiempo de trasladarlos o bien que ellos mismos tomen el transporte urbano para poderse trasladar por sí mismos.

Por último, algo que es importante remarcar, es que existe la disposición de ser atendidos y apoyados. Lo anterior deriva de que al momento de culminar la entrevista, ellos se mostraron muy agradecidos, y confirman el hecho de que requieren información relacionada con los beneficios que pueden adquirir a través de los programas dirigidos hacia ellos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.2.2.2. Entrevista al adulto mayor líder que asiste al comedor “La Mesa del Señor”

Durante el desarrollo de la entrevista a los miembros que asisten al comedor “La mesa del Señor”, se detectó la participación constante de una señora, la cual se le dio la categoría de líder del grupo. Posterior a la entrevista grupal, se le solicitó un espacio para realizar una charla sobre las mismas temáticas tratadas en el comedor.

Al momento de empezar a charlar, lo primero que se le cuestiona es en relación al conocimiento que tiene de los programas que existen en beneficio del adulto mayor. Para empezar, ella comenta que en principio no sabía de la existencia de dichas actividades ni mucho menos del comedor, si no fue hasta que una compañera la llevara al lugar antes mencionado.

Comenta que solamente conoce el programa “Adopta un abuelito”, desconociendo el origen verdadero de dicho programa, ya que en palabras de ella *“proviene de la política, ¿no?”*. Al mismo tiempo, asegura que lo que conoce de los programas se debe a pláticas que se tienen en el comedor, *“porque aquí en la casa no”*, haciendo referencia a que no la visitan y no le proporcionan la información cuando existen campañas.

Los beneficios que ha obtenido a lo largo de lo que lleva siendo participe de las actividades a las cuales ella asiste lo enfatiza con la entrega de despensas, las cuales considera una gran ayuda para el adulto mayor, ya sea que los lleven directamente a sus hogares o bien adquiriéndolas en el comedor a un precio módico. Al mismo tiempo, como es integrante del grupo GAM del Centro de Salud Urbano,

comenta que otra actividad que la ayudado a mantenerse en buenas condiciones el ejercicio que la ponen a desarrollar y sobre todo las actividades de índole artística, como la danza, puesto que con eso se pueden distraer y entretener.

Cuando se le pide su opinión sobre la importancia de estos programas, solamente se enfoca a decir que *“están bien”*, y lo relaciona con ayuda. Además, añade que *“antes no había nada de esa ayuda”*. Con esto da a entender que su visión de los programas es más que nada como un apoyo, poco, pero sustancioso. A pesar de que está de acuerdo en la forma que se manejan los programas a favor del adulto mayor (de los que ella tiene conocimiento) comenta que es necesario que se ayudara a las personas que no pueden asistir a los eventos, reuniones o campañas, ya que los impedimentos propios de la salud de algunos compañeros hacen que no sean beneficiados con estos apoyos. La visión que tiene la señora es de equidad para todos sin importar su condición, pero da a entender que esto dependerá del mismo personal que se encarga de las visitas.

Con respecto al personal de enfermería, ella aclara que *“si los atienden bien”*, a pesar de lo que algunos comentaron durante la charla grupal. Con su expresión da a entender que muchos solo comentaron en base a su propia experiencia negativa, pero ella asegura que, en base a lo que ha visto, si son atendidos apropiadamente. Eso sí, confirma el hecho de que enfermera encargada de los programas no existe en el lugar, y que considera que es necesario de que lo haiga.

Cuando se le cuestiona sobre el trabajo de campo que efectúan el personal de enfermería, en sus comentarios da a entender que es raro que la vayan a visitar a su hogar. Dice que las enfermeras *“por fuera no, no vienen”*, pero que eso sí que *“en el centro de salud”* uno las puede encontrar.

A pesar de estas deficiencias que ella comenta, considera importante el papel que desempeña la enfermera en el cuidado de su salud, enfatizando más el ejercicio de la atención hacia el adulto mayor. Al mismo tiempo, comenta que *“son muy buenas”* y que *“cuando nos toca cita, nos atienden bien”*. Reconoce la cualidad amable y atenta de la enfermera cuando solicita un servicio de salud.

También hay que añadir el hecho de que existen otras personas que interactúan con ellos a parte del personal de enfermería, y son los voluntarios que apoyan en el comedor. Asegura que *“los voluntarios nos atienden bien, cuando llegamos, ya nos van sirviendo”*. Al mismo tiempo, reconoce la participación de la persona encargada de su acondicionamiento físico, puesto que menciona el nombre del encargado.

Durante el desarrollo de la charla, se detectaron cuatro puntos importantes que no podemos omitir, la auto-percepción que tienen y las necesidades que requieren. Con respecto a la auto-percepción, comenta que ellos todavía tienen las energías para ir de un lado a otro, sin importar su condición física actual (*“yo estoy aquí toda chueca, pero todavía camino”*). Sin embargo, reconoce el hecho de que hay algunos que ya no quieren participar, descociendo el motivo de ello.

También denota el hecho de que tiene problemas y dificultades para moverse o trasladarse de un lugar a otro, esto en relación a su condición de salud que anteriormente se menciono. Esto posiblemente se pueda relaciona ante el hecho de que algunos adultos mayores no quieran participar por dificultades de traslado.

Otro aspecto que considera como importante es el aspecto laboral. Comenta que al momento no trabaja, que lo único que hace es de comer a una persona. Aun así, en su expresión al momento de realizar estos comentarios se denota la necesidad de tener un ingreso para poder seguir subsistiendo. Cabe señalar que el hogar de esta persona no tiene las condiciones adecuadas para que puedan vivir en dicho lugar, pero a pesar de eso, en la señora se nota satisfecha por su vivienda.

Por último, no debemos de olvidar que su intención desde el inicio de la charla ha sido en ver por los demás. Asegura que muchos de los programas y campañas se enfocan a ciertas personas, sin embargo su petición es que se les ayude a todos aquellos que no pueden, a los que batallan en moverse, y a los que desconocen de los beneficios que hay.

7.2.2.3. Entrevista al personal de enfermería

Para completar la información con respecto a los programas del adulto mayor, también se entrevistó a una de las enfermeras del Centro de Salud Urbano, para conocer su opinión sobre la temática. Durante la charla, lo primero que se puede notar es el sentido de orgullo que tiene al momento de decir que es Licenciada en Enfermería, y que su interés es en trabajar en el área de comunidad y de campo. Con voz segura, comenta que sus actividades están guiadas tanto por la profesión como su vocación de servicio. Añade además que tienen toda la intención de apoyar a todos aquellos que lo necesiten, así como el de atenderlos adecuadamente. De ahí viene la satisfacción que tiene con su trabajo y su actividad como enfermera.

Con respecto a sus funciones de promoción de la salud, comenta que ella se encarga de brindar toda la atención al adulto mayor, a través de los cuidados, la atención, la educación y sobre todo la enseñanza de cómo deben de cuidarse por sí mismos. Durante la entrevista, comentó que ella era la encargada de atender y apoyar al grupo GAM del CSU. También añade el hecho de que gracias a los servicios que ellos brindan como personal de enfermería se ve reflejado en la atención que dan en los adultos mayores. Procuran en apoyar a todos aquellos que lo necesitan más, también de brindarles las pláticas y brindar los servicios de salud relacionados con la vacunación, charlas, apoyos psicológicos y emocionales.

Comenta que desde su perspectiva, es el aspecto psicológico y emocional lo que se debe de atender como prioridad en el adulto mayor, ya que consideran que es lo que más necesitan debido a la soledad que ellos padecen. Es muy notorio este

hecho puesto que coincide con lo que pide tanto el grupo como la señora líder del grupo. Concluye su comentario con respecto a este punto que “[...] *esperemos que nunca los descuidemos y que siempre estemos pensando en esa gente que necesita mucho, mucho apoyo, y desgraciadamente están solos, en la mayoría de los casos son personas solas que no tiene quien los apoye*”.

No descarta tampoco el hecho de que también se encargan de llevar el control de la salud de los adultos mayores tanto en personas hipertensas como en diabéticos. Con respecto al grupo GAM, comenta que el grupo que está dirigiendo lleva dos años de formación y que en estos momentos se encuentra acreditado y que va por una re-acreditación a nivel nacional. Considera que el programa del GAM está 100% aterrizados a las necesidades que tiene el adulto mayor, sin embargo también reconocen que tienen algunas deficiencias en cuanto a material se refiere.

Al momento de hablar de la visión que tiene como personal de enfermería, reconocen que el sueldo que perciben no es el adecuado, ya que no refleja el esfuerzo y la dedicación que realizan ellas como personal de enfermería ante la sociedad. Comenta con voz de esperanza que los sueldos vayan mejorando día a día. Lo anterior también tiene que ver con una necesidad de reconocimiento, ya que lo que realizan, en palabras de ella “*porque es vocación, lo hacemos de corazón*”, sin embargo, desde su perspectiva, no son reconocidas por el trabajo que desempeñan.

Otro problema que ella considera preocupante está relacionado con el espacio en donde se labora. Indica que el lugar para llevar a cabo sus actividades así como

las del mismo grupo GAM es muy pequeño. Así mismo, la infraestructura del lugar no es adecuada para la atención de las personas que solicitan el servicio de salud, ni mucho menos para el adulto mayor.

Con respecto a su formación profesional, hace recalca el hecho de querer superarse adecuadamente tomando cursos de actualización y especialización. Dicha actividad la tiene programada desde hace tiempo, sin embargo por factores económicos y de tiempo no ha tenido la oportunidad de desarrollarla.

Cuando se tocó el tema de los programas del adulto mayor, la primera necesidad de la cual carecen es en relación al material. En base a la población demandante que poseen, no tienen los suficientes recursos para que sean atendidos adecuadamente. Han realizado propuestas para obtener nuevos materiales, los cuales ya les fueron prometidos mas no se ha cumplido con la petición solicitada. Al mismo tiempo, un grave problema que se tiene es en relación de la cobertura de los programas de salud, siendo la escasez de personal una causal de este problema.

Cuadro 7. Cuadro matricial sobre las razones de la percepción que tiene el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Estudiantil sobre los programas de salud.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Necesidades percibidas	<i>Sobre la protección del adulto mayor</i>	“Yo digo que no haya excepción sobre la protección del adulto mayor ” “Pues la protección que se le da a las personas... en todos los aspectos, en todo”
	<i>Que pongan una algo de trabajar</i>	“ Que pongan una algo de trabajar , como le dijera, algo póngales que sea poco pero...” “Un tallercito que pudiéramos desempeñar nosotros” “pues yo tengo mi negocio, un taller de soldadura ahí en la casa, si, porque después ahorita a uno ya no lo ocupan [...] por la edad, me imagino” “mucha gente está sin trabajo [...] no los ocupan” “Ahorita no he trabajado”
	<i>que está en el adulto mayor a expensas de un hijo o una hija</i>	“[...] se puede pensar que está en el adulto mayor a expensas de un hijo o una hija que por que tengo una casita más o menos pero pues nada más está uno de arrimado ahí, el adulto mayor”
	<i>es importante que nos den a conocer, que nos informen,</i>	“A lo mejor en algunas partes si lo dan a conocer y pues aquí no pues como aquí en la colonia pues, aquí no, pues yo nunca he visto que vayan por las casas” “Es lo que falta, promoción”
	<i>Que ayuden a las personas que faltan</i>	“que ayuden a las personas que faltan” “ Yo digo que no haya excepción sobre la protección del adulto mayor [...]” “[...] a eso yo me refiero a que no haiga excepción de personas, digamos del adulto mayor”
	<i>Me falta dinero</i>	“Hemos trabajado mucho, bueno, al menos yo trabajé toda mi vida y ya no pude trabajar pero nunca tuve mi pensión, nada de nada” “Ándele, de ahí sacamos para mantenernos, para pagar el agua, la luz, todos los gastos [...]” “No, porque pa’ mil pesos que le dan a mi señor, no a completo, y ya para el mes no tengo nada” “[...] pero a veces no tengo para la pecera” “[...] me falta el dinero para la pecera”

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Limitaciones y/o facilidades del personal de enfermería en la aplicación de los programas de salud	A veces batallan para las medicinas	<p>“Atención médica también, porque uno de repente anda bien, anda mal y por ejemplo pues a veces uno, mucha gente no tiene seguro, hospital, este, tiene seguro popular pero ya ve que a veces batallan para las medicinas.”</p> <p>“Y no hay medicina”</p> <p>“Eso lo que nos gustaría [...] mi caso este padezco presión alta y ya ahorita las pastillas que me dan ya es lo máximo [...]”</p> <p>“[...] aquí en la clínica me mandan al centro de salud, y dicen no, váyase a su clínica allá están las medicinas, resulta que vengo acá y les digo, dicen no señora, aquí no hay así que pues no [...]”</p>
	Las enfermeras nos hacen estudios	<p>“las enfermeras nos hacen estudios verdad, que para checar la presión y sobre todo el grupo que hemos formado, el grupo GAM para la misma ayuda [...]”</p>
	A veces va uno y no lo atienden	<p>“He venido a la clínica nomás porque me han apuntado y tengo que ir, pero hubo pues nomás una curación y ya me dicen pues váyase al seguro”</p> <p>“En el centro de salud me atienden bien”</p> <p>Porque cuando nos enfermamos vamos a dar ahí y nos atienden bien”</p> <p>“yo si pienso que hagan por nosotros los viejitos que hagan que hagan las enfermeras a veces va uno y no lo atienden”</p> <p>“ellas nos atienden bien cuando vamos”</p> <p>“que lleve o no dinero me atiendan”</p>
	pues yo nunca he visto que vayan por las casas	<p>“pues yo nunca he visto que vayan por las casas”</p> <p>“Pero la verdad nunca salieron a entrevistarnos ni a hacernos encuestas, bueno, a mi no”</p> <p>“Hay veces que ni van no más nos dicen ¿ya fue a vacunarse? Vaya a vacunarse”</p> <p>“no, no, ni me han ido a visitar ni nada”</p> <p>“pues yo nunca he visto que vayan por las casas”</p> <p>“Pues yo a veces van, porque tenemos niños para las vacunas”</p> <p>“Pues mire si, no van a nuestras casas, pero vienen, están constantes en el grupo, porque todos esos chequeos, no van a visitarnos a las casas pero vienen acá”</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Limitaciones y/o facilidades del personal de enfermería en la aplicación de los programas de salud	<i>pues yo nunca he visto que vayan por las casas</i>	<p>“A las enfermeras, pasan nomás de pasada, ni llegan, apuntan y vaya mañana, vaya pasado, hay veces que anotan”</p> <p>“no pues aquí no, yo en mi casa nunca se han parado, pasan nomás por la calle pero no nunca han llegado”</p> <p>“Van pero se, se van a hacer chequeos aquí al salón, ahí estoy yo”</p> <p>“Pasan y dicen no tiene niños para vacunar, no, no hay, pues se pasan”</p> <p>“Han pasado, preguntan ¿hay niños chicos?, ¿no? Se pasan”</p>
	<i>las enfermeras son muy buenas</i>	<p>“ellas hacen su trabajo”</p> <p>“las enfermeras son muy buenas [...] son muy lindas [...] yo nada más digo que cuando vaya uno [...] y no traigo dinero digan ‘pásele’ aunque no traiga dinero así es lo que quiero de ellas”</p> <p>“que las pláticas que nos dan nos sirven mucho para conocer nosotros las enfermedades, es importante que nos den a conocer, que nos informen, nosotros necesitamos la orientación de ellas y de mucho nos sirve”</p>
	<i>Nos han venido con muchos programas</i>	<p>“[...] nos ha venido con muchos programas [...]”</p> <p>“Voy a decir la verdad, ahí si han pasado por mi casa pro que yo me acuerdo que la vez pasada andaban levantando un censo para lo de la próstata [...] anduvieron por las casas invitando, el que no quiso ir pues verdad, pero yo fui [...]”</p> <p>“Sí, si han pasado”</p> <p>“Platicamos ahí, pues con mi señora ella es la que está en casa”</p>
Satisfacción del adulto mayor sobre la aplicación de los programas de salud dirigidos a ellos	<i>Me apunté porque apoyan al adulto mayor</i>	<p>nos dan una ayudita este una despensita cada dos meses o mes, a veces cada mes y medio, pero nos dan una despensita”</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
<p>Conoce o no conoce los programas de salud dirigidos a ellos</p>	<p><i>Pues algunos, otros no</i></p>	<p>“Si, si los conozco” “No sé, es que aquí casi muy poco se dan a conocer los programas, nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro” “por pláticas, no es porque uno sepa” “[...] ahí están los cartelones que vi en el salón de actos de la Echeverría” “[...] no se mencionaban ningún programa antes, digamos que anteriormente...” “yo si porque me dan una despena” “si los conozco” “yo no he tenido la manera de saber que es lo que es” “si, como no” “yo nomás he escuchado, pero no los conozco” “Yo conozco Oportunidades” “Son programas pa’ que, pero que beneficio o que” “Oportunidades, es oportunidades, nomás que le llaman por otro nombre, MAP, MO, algo así, el PAN, o sea pero viene en oportunidades.” “Es un programa nuevo, ¿verdad?” “Pues yo he oído hablar de ellos, he oído, porque he visto en el periódico” “yo nomás he escuchado, pero no los conozco” “Nadie, pues yo lo vi en la tele” “Yo nomás oigo pláticas así” “yo oigo por pláticas, pero no tengo ni televisión ni nada que ver” “No sé, es que aquí casi muy poco se dan a conocer los programas, nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro” “[...]nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro”</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Percepción del programa de salud	Pues qué bueno que se preocupan por el adulto mayor	<p>“No pues, que es bueno, porque pues que bueno que se preocupan por el adulto mayor todo...”</p> <p>“Claro que sí, porque yo vi una entrevista por televisión que tuvieron que tuvieron que ver de los maltratos que recibía los adultos mayores”</p> <p>“porque me gusta y nos dan una ayudita este una despensita cada dos meses o mes, a veces cada mes y medio, pero nos dan una despensita”</p> <p>“Pues tiene que ser, eh, que se arrimen a ver el digo a los adultos mayores [...]”</p> <p>“que visiten a aquellas personas que por ejemplo, les pediría que visita a aquellas personas que están imposibilitadas, que no pueden salir a pedir [...]”</p>
	Debe de funcionar	<p>“Yo digo que si debe de funcionar porque más antes no se mencionaba ni en cuenta”</p>
	El problema que siempre he tenido	<p>“Una vez fuimos allá a SEDESOL, nos mandaron acá y nos dijeron que no, si nos anotaron pero dijeron que porque nada más no procedíamos con la ayuda porque nada más era para las zonas rurales”</p> <p>“[...] mire, nosotros nos fuimos y anotamos en la presidencia, y no, quedaron que nos iban a llamar y nunca nos llamaron”</p> <p>“[...] nada más que el problema que siempre he tenido es que como aquí en el grupo nos piden a veces a un mes cada dos meses un chequeo para el control que llevamos ahí [...]”</p> <p>“Mire el otro día yo lo apunte, para una despensa en él DIF de la calzada Tamatán, entonces vinieron y dizque vinieron a hacerme una investigación y luego que me piden el chequecito, digamos él comprobante de pago, el está pensionado, entonces dijo pase por él, vaya a ya al DIF y fuimos y nos dijeron que no procedía y luego pues ahorita por qué el usa su bordón, su bastón, en ese entonces tenía 81 años y dijeron que no había...”</p> <p>“[...] yo fui a ver qué habían dicho de las despensas y dijo que no no procedía”</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Percepción del programa de salud	No traigo dinero	<i>"[...] me da pena decir que no traigo dinero [...]"</i> <i>"pero ahí nunca lo atienden por dinero, me atienden sin dinero"</i> <i>"[...] no le cobran, siempre he ido ahí"</i> <i>"[...] el centro de salud nos cobra una consulta por una enfermedad [...]"</i> <i>"[...] en donde quiera que usted vaya, le van a cobrar una consulta"</i> <i>"Aquí el doctor nos cobra diez pesos, es muy indispensable [...]"</i>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Cuadro 8. Cuadro matricial sobre las razones de la percepción que tiene el adulto mayor atendido en la "Mesa del Señor" de la colonia Vicente Guerrero sobre los programas de salud.

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Necesidades percibidas	<i>¿Cómo le hago?</i>	<p><i>"yo estoy solo, no trabajo, si necesito comprar algo, ¿cómo le hago?"</i></p> <p><i>"pues trabajamos todo el día, pero no sacamos nada"</i></p>
	<i>Yo vivo con mi familia</i>	<p><i>"[...] estoy viviendo con mi hijo, ahí estoy con el [...] si y mi nuera"</i></p> <p><i>"[...] hay una sobrina mía que por aquí está presente, y a veces le doy lata y ella pobrecita pues me ha venido a dar la mano"</i></p> <p><i>"[...] pero solo, solo de a tiro estoy, no tengo esposa, no tengo, este pos nomás mi hijo ahí y mis familiares como ella que está cerquita y así..."</i></p> <p><i>"ffjese, yo tengo siete hijos y ni uno me va a ver"</i></p> <p><i>"de que sirve tener seis hijos si ninguno me hecha la mano"</i></p> <p><i>"tengo dos nietos [...] ellos traen su comida, cuando estoy bien se las hago, sino ellos llegan y hacen de comer y a veces me dan un taquito [...] ellos están ahí conmigo, no pagan renta"</i></p> <p><i>"Estoy con una hija, pero ella no razona bien"</i></p> <p><i>"Estoy con mi esposo y un hijo"</i></p> <p><i>"Vivo con una hija"</i></p>
	<i>Hay algunos que si podemos trabajar</i>	<p><i>"pues no, lo ven a uno con el pellejito arrugado o malo de un pie, de una mano que no puede trabajar, por ejemplo yo ya de 85 años, no hay quien me ocupe porque no desquito lo que me dan"</i></p> <p><i>"Ya no me dan trabajo porque tengo 82 años"</i></p> <p><i>"Hay algunos que si podemos trabajar, pero otros no, a veces voy a limpiar solares o chambitas que me dan"</i></p> <p><i>"pos yo si quisiera trabajar pero a uno no le dan trabajo"</i></p> <p><i>"lo ven a uno con el pellejito arrugado o malo de un pie, de una mano que no puede trabajar"</i></p> <p><i>"a uno lo ven con sus piecitos, sus bracitos y piensan que no podemos hacer nada"</i></p> <p><i>"ya va un año que no hago nada"</i></p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Necesidades percibidas	Nuestros hogares	<p>“dijeron que iban a pasar por nuestros hogares, para ver como vivíamos, sin embargo, yo para que le voy a decir que yo vivo muy bien [...] tengo una grabadora nada más, y nomás con que allá televisión, no no dan la ayuda, eso es malo, ¿verdad?”</p> <p>“Vino ITAVU y nos quitó del río, y era en donde yo vivía [...] ahí era en donde tenía mi casa, ahora ni casa tengo”</p> <p>nomás uno vive de arrimado”</p> <p>“ahora ni casa tengo”</p> <p>“No tengo casa”</p> <p>“ya no tengo en donde vivir”</p>
	Vive uno de arrimado	<p>“Ah, pues ahí me prestaron una sombrita, en la Azteca II”</p> <p>“yo vivo con mi familia y mis hijos, no tengo solar, casa propia. Estoy arrimado [...]”</p>
Limitaciones y/o facilidades del personal de enfermería en la aplicación de los programas de salud	No atienden bien	<p>“yo me andaba muriendo de un dolor de muela y aquí no hay médicos y enfermeras y no atienden bien”</p> <p>“un día me regañó la enfermera que porque no me tocaba ahí, me enojé y por poco le aventaba las medicinas ahí”</p> <p>“Yo un día fui aquí, y como que no sé, como que son cortas, si no me ven no me atienden ”</p> <p>“la enfermera me regaña”</p>
	Las enfermeras solo pasan	<p>“No, porque vivo muy lejos y si ni los candidatos van... estos necesitan más a los ricos que a los pobres”</p> <p>“Las enfermeras solo pasan, nunca llegan”</p> <p>“a mi casa no a llegado naidien”</p>
	Nos hacían pláticas	<p>“Ahorita el viernes va a venir Erika a darnos las pláticas”</p> <p>“Antes venía Sergio, aquí nos hacia las juntas en la tarde a las cuatro, las cinco; de que nos hacía pláticas...”</p>
	Si ustedes no saben	<p>“me preguntan qué vacuna me pusieron y les dije, si ustedes no saben, yo menos”</p>
	Para que me estén checando	<p>“me siento para que me estén checando la presión, a veces la traigo un poquito alta, a veces.”</p>

Categoría	Sub-categoría	Ejemplo textual
Satisfacción del adulto mayor sobre la aplicación de los programas de salud dirigidos a ellos	Oportunidades	<p>“cuando me siento así algo mal, así algún malestar, me voy y me siento para que me estén checando la presión”</p> <p>“en hacer piñatas y las hicimos pero dos cursos he hecho y me los han pagado”</p> <p>“aquí nos dan una dispensa por siete pesos”</p> <p>“yo sí, tengo la tarjetita que me dieron del seguro popular, saco la medicina que me dan”</p> <p>“nos ponen a hacer ejercicio, nos checan y nos ponen hacer manualidades”</p>
Conoce o no conoce los programas de salud dirigidos a ellos	Yo no conozco nada	<p>“Si (les falta comunicación), porque no lo conocemos”</p> <p>“la verdad yo no conozco nada”</p> <p>“Es del Señor Gobernador”</p>
Percepción del programa de salud	Me dan una ayudita	<p>“Cada dos meses me dan una ayudita, pero este mes y el que entre no me van a dar hasta después de los otros meses que siguen”</p> <p>“yo como con lo que me dan en Oportunidades yo tengo oportunidades y me dan dispensa en la presidencia y con eso pos no hay más con eso la hago a veces”</p>
	¿Cómo le harán?	<p>“yo se que a muchos de los amigos aquí les dan por sus necesidades, que bueno verdad, pero ¿cómo le harían?, ¿arreglarían con una amistad o irían a arreglar sus papeles? No sé...”</p>

Cuadro 9. Cuadro matricial sobre el cuidado y la atención que lleva a cabo el personal de salud en el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Estudiantil.

Categoría	Descripción	Sub – categoría
Atención del personal de enfermería	<i>“la labor de ellas es muy importante”</i>	<i>“Yo creo que todas las enfermeras que trabajamos en comunidad nuestra finalidad es darles orientación a las personas, orientarlas, ayudarlas en su momento las vamos a ayudar...”</i>
Promoción y comunicación de los programas a los adultos mayores	<i>“que las pláticas que nos dan nos sirven mucho para conocer nosotros las enfermedades, es importante que nos den a conocer, que nos informen, nosotros necesitamos la orientación de ellas y de mucho nos sirve”</i>	<i>“pues es un punto muy importante de que sirve por lo debemos estar bien preparados para poder informar a la comunidad, ayudarlos”</i> <i>“Nada más somos tres promotores los que tenemos para cubrir nuestra área.”</i> <i>“Con adultos mayores nada más acudimos el compañero y yo”</i>
Falta de ejercicio y práctica comunitaria	<i>“no, no, ni me han ido a visitar ni nada”</i>	<i>“A veces salimos con termos a comunidad y se las aplicamos a los adultos mayores”</i> <i>“si, me gusta mucho el campo, me gusta mucho el trato con la gente, y me gusta mucho ayudar a la comunidad [...]”</i>
	<i>“Es lo que falta, promoción”</i>	<i>“[...] pasamos y les preguntamos si es un adulto mayor, este, ¿qué le falta?, ‘señor, ¿ya se aplicó sus vacunas?, mire está la vacuna contra la influenza la del tétanos que previene la enfermedad. ¿Ya se las ha aplicado?, ¿no?, no pues que no, bueno este ahí la traemos’ [...]”</i> <i>“Por ejemplo, promotores de campo somos tres, tres promotores solamente las demás son enfermeras de campo llevan a cabo las acciones, censos de vacunación de población abierta, de toda la población llevan un censo”</i>

Categoría	Descripción	Sub – categoría
Falta de preparación y/o capacitación	<i>“No les va bien la camisa”</i>	<i>“Yo como promotora de salud, vemos que este nos esforzamos bastante por sacar nuestro trabajo adelante, pero nunca tenemos un reconocimiento como promotor, nunca reconocen nuestro trabajo”</i> <i>“bueno pues lo que es dentro de mi salario yo me considero bien pagada porque me queda la satisfacción de servir a la comunidad. O sea el mi salario, digo si tengo poco o mucho pero tengo mi salario”</i> <i>“Solamente enfermería general”</i>
	<i>“[...] aquí en la clínica me mandan al centro de salud, y dicen no, váyase a su clínica allá están las medicinas, resulta que vengo acá y les digo, dicen no señora, aquí no hay así que pues no [...]”</i>	<i>“bueno de jurisdicción si nos proporcionaron de promoción un paquete deportivo para que haga el grupo, [...]”</i> <i>“[...] se nos proporciona el material para el chequeo de ellos cada mes”</i> <i>“No, con respecto al material para el chequeo de ellos siempre hay, si hay, las lancetas, las tiras...”</i>
	<i>“yo si pienso que hagan por nosotros los viejitos que hagan que hagan las enfermeras a veces va uno y no lo atienden”</i>	<i>“[...] si alguien me necesita hago lo posible por solucionar el problema dentro de mis posibilidades pero si se les brinda atención”</i>
Dificultades en la aplicación de los programas de salud para el adulto mayor	<i>“Bueno si, por que el salón no tiene nada, pero yo digo que no hay abanicos, no tiene sillas para sentarse.”</i>	<i>“un área donde trabajar con los adultos mayores porque no la hay a veces en el aula donde estamos lo que es aquí el salón de actos pues se hacen, se junta el grupo GAM que hace ejercicios, esta ahorita lo del INEGI se ocupa para diversas”</i> <i>“no, no, no, no, un lugar específico para el grupo GAM no lo hay, no contamos como lo vio ahí en el salón”</i> <i>“Estamos en un velatorio. Si eso es lo que hace falta, para el grupo GAM un espacio”</i>

Cuadro 10. Cuadro matricial sobre el cuidado y la atención que lleva a cabo el personal de salud en el adulto mayor atendido en el CSU de la colonia Vicente Guerrero.

Categoría	Descripción	Sub – categoría
Atención recibida por parte del personal de enfermería	<i>Si, aquí me atienden</i>	<i>“Soy licenciada en enfermería, pero tengo 10 años ya de experiencia de trabajar en la comunidad, en campo” “[...] podemos tener toda la intención de apoyarlos y de atenderlos [...]” “[...]lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación” “[...] el sueldo que percibe uno es, para mi no es reconocido el trabajo que se hace, claro, no porque no te paguen bien lo que vas a hacer, lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”</i>
No atención por parte del personal de enfermería	<i>“yo me andaba muriendo de un dolor de muela y aquí no hay médicos y enfermeras y “no atienden bien”</i>	<i>“[...] se ve reflejado en la atención que le damos a los adultos mayores, en los cambios que hay en ellos, el poder nosotros brindarles los apoyos que ellos necesitan más, ellos aquí a parte de darles pláticas, de atenderlos, en cuanto a sus vacunas, atención médica, más que nada es el apoyo psicológico que le damos a los adultos mayores, que es lo que más, más necesitan”</i>
	<i>“un día me regañó la enfermera que porque no me tocaba ahí, me enojé y por poco le aventaba las medicinas ahí”</i>	<i>“[...] mi meta para el año entrante es hacer una especialidad [...] pero la intención la he tenido desde hace 10 años de hacer una especialidad, pero no se ha podido”</i>
	<i>“Yo un día fui aquí, y como que no sé, como que son cortas, si no me ven no me atienden ”</i>	<i>“[...] esperemos que nunca los descuidemos y que siempre estemos pensando en esa gente que necesita mucho, mucho apoyo, y desgraciadamente están solos, en la mayoría de los casos son personas solas que no tiene quien los apoye”</i>
Desconocimiento de los programas de salud	<i>Yo no conozco nada</i>	<i>“[...] nosotros le podemos dar toda la atención al adulto mayor, la educación, eh cuidados, los educamos, les enseñamos como cuidarse [...]”</i>
La falta de práctica de campo comunitario	<i>“Las enfermeras solo pasan, nunca llegan”</i>	<i>“Pues más que nada cobertura, cobertura, como te decía anteriormente, los programas están bien estructurados, pero desgraciadamente es tanta la demanda [...]”</i>
Participación del personal de enfermería en los programas de salud	<i>“No hay enfermera encargada”</i>	<i>“[...] estoy a cargo de, estoy al frente del grupo GAM” “[...] porque el grupo esta ya acreditado a nivel nacional desde hace 2 años, de hecho ya está en puerta la re-acreditación.”</i>

Categoría	Descripción	Sub – categoría
Situaciones importantes por resolver identificadas por el personal de enfermería	<i>Sobre el lugar</i>	<p><i>“[...] por ejemplo, el lugar es muy pequeño”</i></p> <p><i>“[...] la infraestructura, un lugar adecuado para atenderlos como debe ser”</i></p>
	<i>Sobre los recursos materiales</i>	<p><i>“En material, en material, yo pienso que es el material lo que nos hace falta [...]”</i></p> <p><i>“[...] nos prometieron unos apoyos en cuanto a glucómetros, estuches de diagnóstico, este, básculas para brindar una mejor atención, verdad, a ellos, una parte si se nos ha dado pero, lo que yo siento que nos hace falta más [...]”</i></p> <p><i>“[...] todo el material, si nos hace falta, porque es mucha la demanda, pero es muy poco el material por así decirlo [...]”</i></p>



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 8

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.1. Criterios de validez y ventajas del estudio.

Un aspecto importante de considerar en el presente trabajo de investigación es la calidad de la información recopilada. Por ello, la revisión de los datos recabados debe de ser validada para determinar su calidad. Al mismo tiempo, con esto se pretende mostrar las ventajas que presenta el tipo de estudio realizado. Por ello se comentarán algunos puntos de interés contemplando tanto la validez, la calidad de los datos así como las ventajas que ofrece este tipo de investigación.

En primer lugar, cabe recordar que esta investigación sigue la perspectiva cualitativa, la cual persigue el saber de los procesos de identidad de los sujetos, como construyen sus significados, teniendo en cuenta las valoraciones del discurso social emitido (Murillo de la Vega, 2000). Al mismo tiempo se debe de señalar que la evaluación de este tipo de trabajos suele ser más intuitiva y menos deductiva, ya que contiene menos elementos de ciencia y más de arte (Booth&O'Rourke, 2001).

Aunque es claro que la investigación cualitativa tiene una función importante y amplia dentro de la investigación en enfermería, el investigador debe de ser consciente de que aún hay mucha oposición a las aproximaciones basadas en criterios para realizar la evaluación. Dixon-Woods y cols. (2004) comentan que *“los aspectos más importantes e interesantes de la investigación cualitativa pueden resultar muy difíciles de medir excepto a través del juicio subjetivo de investigadores cualitativos experimentados”*.

Contemplado todo lo anterior, se debe recordar que la presente investigación tiene como diseño de investigación a la etnografía y a la investigación – acción, por lo que es importante determinar la forma en la cual se validan los datos para cada una de estos diseños. Por ello, Lincoln y Guba (1985) proponen seis criterios para la validación de este tipo de trabajos:

1. La credibilidad se refiere a la veracidad de los hechos y sucesos comentados por los participantes del estudio, que en este caso son los adultos mayores y el personal de enfermería que los atiende. Cada una de las respuestas fueron cotejadas mediante la revisión exhaustiva de cada comentario recolectado haciendo uso del sistema de triangulación de información, la cual se comentará en el punto de implicaciones metodológicas.
2. La confirmabilidad está relacionada con los cuestionamientos, hipótesis y objetivos del mismo proyecto de investigación (Lincoln&Guba, 1985). Todos estos elementos fueron determinados al inicio de la presente, las cuales se cumplieron y justificaron en el desarrollo del ejercicio investigativo a través de las técnicas de recolección, análisis e interpretación de la información proporcionada por los adultos mayores y el mismo personal de enfermería.
3. El significado contextual de la presente investigación se relacionó con las experiencias del mismo investigador dentro del campo y ambiente que rodeaba al adulto mayor y al personal de enfermería en cuanto a la temática tratada en la investigación. Tanto el nivel de comprensión, los medios de información, el ambiente así como los lugares en donde se

desarrollaron cada una de las intervenciones quedan justificadas en la participación activa de la autora al momento de la recolección de los datos, así como la adaptación al medio para llevar a cabo el presente estudio.

4. La saturación es la repetición de la información. De alguna u otra forma, muchos de los datos recabados presentan coincidencias en cuanto a opiniones, hechos, aspectos, cualidades, vivencias y experiencias a las cuales los informantes generales y privilegiados del estudio han estado expuestos en su diario acontecer. Tanto las respuestas recabadas en los grupos focales así como las proporcionadas por los líderes y el personal de enfermería coinciden en varios aspectos, poniendo en manifiesto cierto grado de homogeneidad en las respuestas proporcionadas.
5. Los patrones recurrentes son acciones o hechos que se repiten de forma constante. Este elemento no fue muy recurrente en los datos recabados puesto que a pesar de tener experiencias o vivencias similares, cada una de las situaciones de oponían a lo que otros miembros de los grupos comentaban.
6. La transferibilidad, o también llamada reproducibilidad; es la capacidad de adaptar los pasos o procedimientos empleados de la investigación en otros tipos de investigación. Para ello la generación de categorías y dominios específicos fueron de gran utilidad para otros colaboradores al momento de revisar y analizar los datos recabados para la generación, acomodo y adecuación de los resultados obtenidos.

Con todo esto, cabe resaltar que la investigación posee una gran consistencia interna en cuanto a procedimientos y validación de la información recabada, la cual se podría extrapolar a diferentes ambientes y situaciones relacionadas con la temática. Todo esto permitiría la generalización del fenómeno y la concientización del mismo para la generación de las intervenciones más adecuadas y convenientes para resanar las necesidades detectadas en el transcurso de la investigación.

Por otro lado, considerando las técnicas empleadas para la recolección de los datos, que en este caso son los grupos de discusión (grupos focales) y las entrevistas a profundidad, cada uno poseen sus propios criterios de validación fiabilidad sobre los datos que se van obteniendo.

Con respecto a los grupos focales, la validez es aparente como método fidedigno, el cual puede captar los puntos de vista de los participantes en respuesta al objetivo del estudio. Lo anterior se logra mediante la omisión de cuestionamientos que influyan en la opinión de los mismos así como la mala preparación del moderador del grupo (Goodman&Evans, 2006). Estos aspectos fueron controlados mediante la preparación adecuada del moderador y la revisión oportuna y adecuada de cada uno de los cuestionamientos empleados en la actividad. Al mismo tiempo siempre se mantuvo la actitud de no intervenir en el momento en que los adultos mayores realizaban su aportación.

En cuanto a la fiabilidad, esta se refleja en la coherencia de las observaciones realizadas durante el ejercicio del grupo focal con las respuestas brindadas y

proporcionadas en el momento del ejercicio (Goodman&Evans, 2006). Esto se logró verificar gracias a las notas tomadas durante la actividad así como la revisión exhaustiva de los videos y grabaciones realizadas con el objeto de preservar la información para su posterior análisis.

En cuanto a las entrevistas a los líderes, tanto la precisión y la coherencia de la información brindada son elementos que determinan la fiabilidad de las respuestas proporcionadas (Tod, 2006). Sin embargo debemos de contemplar que la estructura de la entrevista era semi-estructurada, por lo que la flexibilidad del trabajo puede disminuir en cierta forma el rigor de los resultados. Independientemente de estas cualidad, en el desarrollo del trabajo se logró mantener la precisión de las respuestas dadas por los líderes así como la coherencia en sus comentarios se lograron cotejar mediante la triangulación de datos.

En cuanto a la validez de las entrevistas, esta se logra con la veracidad de los resultados obtenidos (Tod, 2006). Las respuestas dadas por el adulto mayor líder así como del mismo personal de enfermería se pueden corroborar con el simple hecho de la observación del entorno, de sus comportamientos así como de la interacción de los hechos compartidos por varios miembros del grupo focal. Todo esto confirma la validez de los datos proporcionados, verificando la integridad de las respuestas de los participantes del estudio.

Mucho se ha mencionado el método de triangulación a lo largo de este apartado, por lo que se hace necesario aclarar en qué consiste esta actividad tan importante para la investigación. La triangulación es un método de validación mediante la comparación de los datos recolectados de diferentes fuentes relacionados con un fenómeno o proceso que se desea analizar y estudiar (Lathlean, 2006). El argumento de este método se relaciona con el hecho de que si varios hechos o procedimientos llevan a una misma conclusión, esta aumenta el grado de confianza de los resultados.

En el caso específico de la investigación realizada, la triangulación se realizó mediante el análisis de los resultados obtenidos de los grupos focales de adultos mayores, las entrevistas realizadas a los líderes de grupos, las entrevistas realizadas al personal de enfermería así como la información recolectada a través de la revisión bibliográfica. En todos estos medios, la información proporcionada y/o recabada era sustentada por una o dos fuentes diferentes de datos.

Con todo esto mencionado, podemos determinar que aparte de la consistencia interna del trabajo de investigación, la veracidad de los datos recabados así como su fiabilidad y sustento a través de los diferentes medios de recolección de datos e información se resalta a lo largo de la misma.

En cuanto a las ventajas que muestra la presente investigación se pueden resaltar los siguientes puntos:

1. En relación al investigador, la postura que mantuvo a lo largo del estudio fue neutral y se concentra ampliamente en la recolección de los datos de las entrevistas. Al mismo tiempo, la misma posición que presentaba así como el manejo de los criterios éticos y profesionales facilitaron la recabación de la información, logrando abrir nuevas ventanas de comunicación entre los grupos en los cuales se trabajaron.
2. El nivel de validez y fiabilidad de la investigación se hace con el respaldo de la calidad de los datos recolectados, así como su corroboración mediante la aplicación del método de triangulación.
3. En cuanto al área de trabajo, se puede considerar que también fue neutra, puesto que se la recolección de datos se llevó a cabo en un lugar en donde el adulto mayor se sintiera cómodo y a su vez que fuera un espacio ampliamente conocido y aceptados por ellos.
4. El trabajo se puede adaptar a cualquier lugar o centro de reunión de adultos mayores, siempre y cuando el lugar sea confortable y familiar para ellos.
5. Por último, el análisis de la información recolectada a lo largo de la investigación conserva su naturaleza original, esto gracias al ejercicio de codificación y categorización, siguiendo lo propuesto por Holloway y Les Todres (2006).

8.2. Limitaciones del estudio.

Cabe señalar que la presente investigación no presentó limitaciones de consideración a lo largo de su desarrollo. Tanto las instituciones involucradas en el procedimiento de recolección de datos como lo son los CSU de la colonia Estudiantil y Vicente Guerrero así como los participantes del mismo mostraron gran interés y participación gracias a la imagen y presencia del autor así como el prestigio y las acciones que genera la misma Facultad de Enfermería Victoria.

Solo cabe considerar los aspectos climatológicos de la región, puesto que cuando se planteaba la realización de las actividades programadas, el cambio brusco de la temperatura o las lluvias inesperadas retrasaban el ejercicio programado. Por otra parte implicaciones relacionadas con la tecnología también se hicieron presentes, como la falla de alguna cámara o que se dañara los datos digitalizados de video. Sin embargo gracias al hecho de que se trabajó con dos cámaras y varias grabadoras de audio, lograron disminuir este efecto.

8.3. Las necesidades detectadas y percibidas por el adulto mayor sobre los programas de salud.

La validez de la información obtenida mediante el estudio cualitativo fenomenológico, surgió de la interacción del investigador y de los informantes, hasta la saturación de la información. Al respecto consideramos que la información fue representativa de todos los participantes de la investigación. Las características de los informantes fueron 16 hombres y 17 mujeres con un rango de edad entre 60 a 88 años; usuarios de dos Centros de Salud Urbano de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

Un aspecto importante que no debemos de olvidar es que el proceso de envejecimiento no debe de ser visto desde el punto de vista cronológico, sino que se debe de considerar factores personales y ambientales, los cuales propician la generación de necesidades variopintas. Miller (2005) establece que el proceso de envejecimiento se debe a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, se ha identificado varias necesidades dentro de la narrativa recabada, dentro de las cuales se destacan dos por su peso basado en su contenido:

a) Sobre las necesidades económicas:

“yo estoy solo, no trabajo, si necesito comprar algo, ¿cómo le hago?”

“pues trabajamos todo el día, pero no sacamos nada”

“pues yo tengo mi negocio, un taller de soldadura ahí en la casa, si, porque después ahorita a uno ya no lo ocupan [...] por la edad, me imagino”

“No, porque pa’ mil pesos que le dan a mi señor, no a completo, y ya para el mes no tengo nada”

“[...] pero a veces no tengo para la pecera”

“Que pongan una algo de trabajar, como le dijera, algo póngales que sea poco pero...”

b) Sobre las necesidades de convivencia

“[...] estoy viviendo con mi hijo, ahí estoy con el [...] si y mi nuera”

“[...] hay una sobrina mía que por aquí está presente, y a veces le doy lata y ella pobrecita pues me ha venido a dar la mano”

“[...] pero solo, solo de a tiro estoy, no tengo esposa, no tengo, este pos nomás mi hijo ahí y mis familiares como ella que está cerquita y así...”

“ffjese, yo tengo siete hijos y ni uno me va a ver”

“de que sirve tener seis hijos si ninguno me hecha la mano”

“tengo dos nietos [...] ellos traen su comida, cuando estoy bien se las hago, sino ellos llegan y hacen de comer y a veces me dan un taquito [...] ellos están ahí conmigo, no pagan renta”

“Estoy con una hija, pero ella no razona bien”

Salgado-de Snyder (2007) comenta que dado a que la vejez es una etapa caracterizada por la disminución de actividades, implica también la disminución de los ingresos, aspecto que se ve reflejado en la narrativa del adulto mayor en cuanto a necesidad económica se refiere. Debido a los problemas económicos que poseen y padecen los adultos mayores, Reyes (2003) comenta que debido a esto, el adulto mayor no puede cubrir sus necesidades básicas elementales como lo es alimentación, vestido entre otros. Es por ello que Biswas y cols. (2006) indican que para que sea efectiva la atención del adulto mayor, debe de existir flexibilidad en los pagos de servicios.

Al mismo tiempo, Montes de Oca (1994) comenta que para la puesta en práctica de los programas sociales, depende mucho de la sociedad, específicamente de aquellos que brindan atención de manera informal como lo es la familia, sin embargo estos grupos de apoyo y convivencia del adulto mayor es muy limitada. Al mismo tiempo, se tiene que considerar que el funcionamiento físico y cognoscitivo determinan en gran medida el estado emocional de la persona, así como su percepción de ser capaz de llevar una vida con cierta independencia (Herrera et al, 2008).

Por otra parte, las relaciones familiares positivas permiten el desarrollo de la vida plena y de la salud, privilegiando la humanización, socialización, realización y gratificación (Carmona Valdés, 2011). Esto se realiza a través del apoyo social, el cual constituye una de las funciones que ofrece la familia para los adultos mayores así como la convivencia amistosa por parte de quienes lo rodean o brindan un servicio. La ausencia y carencia de estos vínculos propician un mayor riesgo de adquirir enfermedades.

Con esto en mente, una forma en la que se generan y establecen las necesidades de un grupo o sector de la sociedad se debe gracias que el pensamiento del sentido común es bombardeado de manera constante y abundante de información y se basan prácticamente en lo perceptivo (Lacolla, 2005). Al mismo tiempo, este tipo de pensamientos propician la interpretación y la construcción de la realidad que rodea al mismo adulto mayor.

De esta manera es que se construye la necesidad del adulto mayor, las cuales recaen en los aspectos de economía y de convivencia. Para ellos, el hecho de no tener un medio de sostén económico, así como la falta de atención por parte de las personas que lo rodean (familia, amigos, sociedad) se ven reflejado en sus comentarios transcritos en narrativa mostrada anteriormente, así como en la forma en la cual lo expresan.

Estas necesidades descritas por el mismo adulto mayor son importantes por cubrir y atender desde un punto de vista social y es aquí en donde el gobierno entra en participación en donde plantean una serie de estrategias que culminan en planes y programas sociales, los cuales son catalogados como formales (Montes de Oca, 1994). Recordemos que uno de los grupos de mayor interés a nivel federal son los adultos mayores. Lo anterior se debe a que está catalogado como un grupo vulnerable que requiere de una atención prioritaria y oportuna; considerándose como sector prioritario en la atención en la salud, como se menciona en el Plan Nacional de Salud 2006 - 2012.

En el caso específico de Tamaulipas, en su Plan Estatal de Desarrollo 2006 – 2011, también se considera el interés de apoyar a este grupo altamente valorado, mediante la creación e implementación de diversos programas y acciones de asistencia social señalados en el Capítulo dos y sustentado de manera legal en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas.

Con ello, uno de los objetivos del presente estudio es el de evaluar la percepción del adulto mayor con respecto a los programas de salud que se aplican en su comunidad, implementados por los tres órganos de gobierno. Durante la sesiones de grupos focales, se encontraron una serie de comentarios de viva voz, que permiten conocer la percepción del adulto mayor ante esta temática.

Con respecto a los programas que implementa el gobierno en beneficio del adulto mayor, ellos comentan:

“No pues, que es bueno, porque pues que bueno que se preocupan por el adulto mayor todo...”

“porque me gusta y nos dan una ayudita este una despensita cada dos meses o mes, a veces cada mes y medio, pero nos dan una despensita”

“Pues tiene que ser, eh, que se arrimen a ver el digo a los adultos mayores [...]”

Bagiorri (2009) indica que los programas sociales deben de surgir por la necesidad de la comunidad y no tanto como una política emergente para solventar la problemática. La narrativa anterior nos permite constatar que el propósito por el cual fueron creados los programas según el documento de los Derechos de los Adultos Mayores del Estado de Tamaulipas, ya que los entrevistados reconocen que obtienen beneficios de dichos programas, sin embargo, como se dará a conocer más adelante, existen problemas relacionados con los recursos y conocimientos, puesto que estos impiden brindar un servicio de atención integral (SPPS, 2011).

A pesar de que existan intervenciones sociales y de salud dirigidas a esta población (Shamah-Levy et al, 2008) y que los gobiernos buscan mejorar constantemente este tipo de programas a través de la interacción de redes sociales para la generación de políticas de salud y protección social (Findling et al, 2008); existen problemáticas que no se han podido solventar desde el punto de vista del adulto mayor:

“Una vez fuimos allá a SEDESOL, nos mandaron acá y nos dijeron que no, si nos anotaron pero dijeron que porque nada más no procedíamos con la ayuda porque nada más era para las zonas rurales”

“[...] mire, nosotros nos fuimos y anotamos en la presidencia, y no, quedaron que nos iban a llamar y nunca nos llamaron”

“[...] nada más que el problema que siempre he tenido es que como aquí en el grupo nos piden a veces a un mes cada dos meses un chequeo para el control que llevamos ahí [...]”

“Mire el otro día yo lo apunte, para una despensa en el DIF de la calzada Tamatán, entonces vinieron y dizque vinieron a hacerme una investigación y luego que me piden el chequecito, digamos el comprobante de pago, el está pensionado, entonces dijo pase por él, vaya a ya al DIF y fuimos y nos dijeron que no procedía y luego pues ahorita por qué el usa su bordón, su bastón, en ese entonces tenía 81 años y dijeron que no había...”

“[...] yo fui a ver qué habían dicho de las despensas y dijo que no no procedía”

“Es un programa nuevo, ¿verdad?”

Estos comentarios coinciden con los de Donelan y cols. (2000), quienes afirman que los adultos mayores poseen problemas en acceder y/o recibir los servicios brindados por el gobierno a través de sus diversos programas. De igual manera, lo reportado por Zunker y cols. (2005) sustenta el hecho de que el adulto

mayor tenga problemas al ingresar a los servicios y programas de salud debido al nivel económico que poseen.

Al mismo tiempo, el crecimiento de la brecha entre las demandas y las acciones para resolver y cubrir las necesidades de la población geriátrica generan una inmensa presión al gobierno (Bergmark et al, 2000), sobre todo cuando se trata en temáticas de atención, cuidados y asistencia social. Aún y cuando los adultos mayores se reconocen beneficiarios de los programas, se refleja la existencia del desconocimiento de los mismos en relación a los trámites y gestiones para obtener dichos beneficios.

Estas dificultades vividas por el adulto mayor, no solo por experiencia propia, sino que también influye la voz viva de sus co-semejantes, han generando en ellos una idea de que los trámites para la obtención de servicios son tediosos y que por tal motivo los beneficios que se manifiestan a través de ellos no son conocidos del todo bien (Tavano, 2011). También, en este aspecto, y los adultos mayores ven a las personas encargadas como individuos con poca paciencia hacia su persona. El hecho de que los traigan de un lado a otro y la forma en que ellos sienten que son atendidos ha generado en ellos una imagen negativa de los servidores, lo cual también se extrapola al personal del sector salud. Todo esto debido a la construcción de la realidad que los rodea en base a sus experiencias y vivencias (Moscovici, 1981).

Otro elemento importante a considerar es la forma en la cual el adulto mayor recibe la información relacionada con los programas sociales que el mismo gobierno genera y oferta. Ante ello, los adultos mayores muestran como resultado de sus narrativas lo siguiente:

“Pues yo he oído hablar de ellos, he oído, porque he visto en el periódico”

“yo nomás he escuchado, pero no los conozco”

“Nadie, pues yo lo vi en la tele”

“Yo nomás oigo pláticas así”

“yo oigo por pláticas, pero no tengo ni televisión ni nada que ver”

“No sé, es que aquí casi muy poco se dan a conocer los programas, nada más ciertas personas son las que van incluidas adentro”

La narrativa anterior tiene concordancia en virtud de que los programas de asistencia son difundidos a través de los diversos medios de comunicación de mayor impacto en la sociedad tal como lo es la televisión, radio y prensa, generando que ellos elaboren y tengan una vaga idea de estos. Con esto, el ejercicio de la percepción de los programas por parte del adulto mayor se da a través de las representaciones sociales.

Se recuerda que una representación social no se lograría si no existe una interacción entre el adulto mayor con los programas de salud; así como el “Alter” que lo rodea (Moscovici, 1981; Jodelet, 1984). De esta manera, los medios de información masiva toman un rol importante en el desarrollo de la percepción del adulto mayor. Aun y cuando los medios se encargan de la difusión, muchos adultos

mayores desconocen la mayor parte de los programas, solamente relacionan o ubican los programas sociales que ven y/o escuchan a través de estos medios.

Las pláticas, charlas e inclusive las visitas comunitarias son los medios más fidedignos que el adulto mayor posee, debido a que si consideramos la situación que circunda a los grupos trabajados, la mayoría no posee un medio de comunicación masiva o simplemente tienen problemas con la lectura, generado por el deterioro significativo de su visión. Ahroni (1989) comenta al respecto que es muy importante considerar los problemas de salud al momento de atender al adulto mayor. Al mismo tiempo, esto se puede subsanar con el hecho de que también se le apoye en conjunto con su familia o con el grupo con el cual convive.

En esta situación, solamente saben que existen los programas, enfocándose solamente en aquellos de los cuales se han informado, así como la influencia de su entorno a través de sus amigos y amistades. Esto propicia que el mismo adulto haya generado una percepción vaga sobre esta temática gracias a que el conocimiento que posee sobre los programas de salud y de beneficencia social son interpretados en base a las vivencias, circunstancias, fenómenos y a personas con quienes tienen relación (Jodelet, 1986).

8.4. La participación del personal de enfermería en la implementación de los programas de salud desde la perspectiva conjunta del adulto mayor y del personal de enfermería.

Uno de los participantes de mayor importancia en la implementación de los programas de asistencia social orientados hacia el adulto mayor es el profesional de enfermería (OMS, 1986; OMS, 2005). Con respecto a esto, los adultos mayores fueron entrevistados sobre la percepción que tienen de la atención recibida por parte de este profesional, identificándose en la narrativa lo siguiente:

“A las enfermeras, pasan nomás de pasada, ni llegan, apuntan y vaya mañana, vaya pasado, hay veces que anotan”

“no pues aquí no, yo en mi casa nunca se han parado, pasan nomás por la calle pero no nunca han llegado”

“Van pero se, se van a hacer chequeos aquí al salón, ahí estoy yo”

“Pasan y dicen no tiene niños para vacunar, no, no hay, pues se pasan”

“Han pasado, preguntan ¿hay niños chicos?, ¿no? Se pasan”

Shell (2001) y Ortega (2004) comentan que un elemento importante para el trato del paciente es la forma de atención y de trato, puesto que estos son factores que influyen en la determinación de una buena o mala percepción. En la narrativa anterior, los entrevistados identifican al profesional de enfermería por su uniforme y presentación, lo cual coincide con González Chavarría (2001) que refiere que las personas encuestadas consideran a la enfermera como personal de salud de manera general, solamente las distinguen por su uniforme.

Aunado con lo anterior, Remuzgo (2003) comenta que los niveles de percepción en cuanto a la atención del personal de enfermería es regular y se encuentra con tendencia de seguir disminuyendo. La atención de enfermería requiere un contacto muy estrecho y para que los cuidados sean adecuados, es necesario que estos satisfagan las necesidades del adulto mayor (Salcedo-Álvarez et al, 2007). Dependiendo de la forma en la cual es tratado, es la forma en la cual nos perciben.

Contrastando lo anterior, en otro grupo focal reconocen que el personal de enfermería los atiende de buena manera:

“Porque cuando nos enfermamos vamos a dar ahí y nos atienden bien”

“ellas nos atienden bien cuando vamos”

“que lleve o no dinero me atiendan”

Lo anterior coincide con lo reportado por López (2004) y García Hernández (2008), donde los entrevistados consideran que el personal de enfermería los saluda de manera amable y los trata con respeto. De igual manera Beigay (2007) comenta que algo que caracteriza al personal de enfermería y es algo que impacta en la visión del adulto mayor es la forma en que atienden a esta población. Lo anterior contradice con las percepciones recabadas por Matamoros y cols. (2007) quienes encontraron que la población de adultos mayores identifica más a la enfermera como técnica que como humanitaria.

Por otro lado, en la entrevista al personal de enfermería de los CSU que brindan la atención a los adultos mayores; en la narrativa refieren limitaciones y/o facilidades para la aplicación de los programas de salud, dentro de los cuales se destacan:

a) Limitaciones materiales

“Estamos en un velatorio. Si eso es lo que hace falta, para el grupo GAM un espacio”

“no, no, no, no, un lugar específico para el grupo GAM no lo hay, no contamos como lo vio ahí en el salón”

“En material, en material, yo pienso que es el material lo que nos hace falta [...]”

“[...] nos prometieron unos apoyos en cuanto a glucómetros, estuches de diagnóstico, este, básculas para brindar una mejor atención, verdad, a ellos, una parte si se nos ha dado pero, lo que yo siento que nos hace falta más [...]”

“[...] todo el material, si nos hace falta, porque es mucha la demanda, pero es muy poco el material por así decirlo [...]”

b) Limitaciones por recursos humanos

“Nada más somos tres promotores los que habemos para cubrir nuestra área.”

“Con adultos mayores nada más acudimos el compañero y yo”

“Por ejemplo, promotores de campo somos tres, tres promotores solamente las demás son enfermeras de campo llevan a cabo las acciones, censos de vacunación de población abierta, de toda la población llevan un censo”

“Pues más que nada cobertura, cobertura, como te decía anteriormente, los programas están bien estructurados, pero desgraciadamente es tanta la demanda [...]”

c) Limitaciones por formación académica y experiencia profesional

“Solamente enfermería general”

“Soy licenciada en enfermería, pero tengo 10 años ya de experiencia de trabajar en la comunidad, en campo”

“[...] mi meta para el año entrante es hacer una especialidad [...] pero la intención la he tenido desde hace 10 años de hacer una especialidad, pero no se ha podido”

d) Reconocimiento social

“[...] el sueldo que percibe uno es, para mi no es reconocido el trabajo que se hace, claro, no porque no te paguen bien lo que vas a hacer, lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”

“[...] estoy a cargo de, estoy al frente del grupo GAM”

“[...] porque el grupo esta ya acreditado a nivel nacional desde hace 2 años, de hecho ya está en puerta la re-acreditación.”

“Yo como promotora de salud, vemos que este nos esforzamos bastante por sacar nuestro trabajo adelante, pero nunca tenemos un reconocimiento como promotor, nunca reconocen nuestro trabajo”

“bueno pues lo que es dentro de mi salario yo me considero bien pagada porque me queda la satisfacción de servir a la comunidad. O sea el mi salario, digo si tengo poco o mucho pero tengo mi salario”

“[...]lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”

“[...] el sueldo que percibe uno es, para mi no es reconocido el trabajo que se hace, claro, no porque no te paguen bien lo que vas a hacer, lo hacemos igual porque somos profesionistas por vocación”

Los párrafos textuales mencionados con anterioridad se relacionan con los postulados filosóficos de Virginia Henderson, que considera que la función del profesional de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar su

independencia lo más pronto posible, cubriendo las necesidades básicas cuando este no tiene conocimiento, voluntad o fuerza para realizarlo.

Ben Natan (2008) comenta que una de las necesidades que el adulto mayor considera como prioritaria está relacionada con el apoyo emocional, a diferencia de que el personal de enfermería considera como prioritario a los valores y a las perspectivas que el mismo adulto mayor posee. Fernández Olano y cols (2006) hace referencia de la importancia de la participación del personal de enfermería en la atención del adulto mayor, debido a que es el segundo miembro del equipo de salud que reconoce como mediador en la recuperación de la salud.

Es el personal de enfermería quien juega un rol significativo en la identificación de las necesidades del adulto mayor (Lui & MacKenzie, 1999). Es por ello que se comenta que es la enfermera quien se encarga de brindar los apoyos, cuidados y atenciones que el adulto mayor recibe a través de los programas sociales y que dependiendo de su participación, es la forma en la cual son percibidas por el adulto mayor (Laffrey et al, 1990).

Por otro lado Henderson considera que para el ejercicio profesional es indispensable la educación que contribuya al desarrollo del conocimiento de la disciplina de enfermería, en este sentido se reconoce que las entrevistadas tienen el deseo de superación académica, por lo que es importante conducir las en la formación dentro del área geriátrica, lo anterior coincide con lo que menciona Rico

Venegas y cols. (2000), puesto que se ve la necesidad de atender adecuadamente a los adultos mayores.

Sin embargo, debemos de considerar de que existe un serio problema de formación en el personal de enfermería, lo cual se ve repercutido en la atención recibida por parte del adulto mayor, en razón de que la esperanza de vida se ha incrementado en el país (actualmente es de 76,6 años (SSA, 2010)), y de igual manera en la percepción que este tiene (Zelada&Mayta, 2006). Courtney y cols. (2000) comentan la importancia de la formación y preparación adecuada del personal de enfermería para la atención del adulto mayor, puesto que la deficiencia de estos elementos propicia que el adulto mayor exprese que la atención de enfermería que recibe sea evaluada como mala.

Sin una apropiada formación geriátrica, el profesional de enfermería puede caer en el error de tratar al adulto mayor de la misma forma que trata a un adulto o a un joven (Day, s/a), Chamroonsawasdi y cols. (2010) relacionan la formación con ejercicio adecuado la promoción de la salud en el área comunitaria. Una buena capacitación y formación del personal encargado de este tipo de ejercicios, así como la enfatización de estas actividades en los adultos mayores que se encuentran en su hogar o bien que no llevan a cabo alguna actividad económica, propicia la mejora de la percepción hacia el personal de enfermería.

8.5. Acciones implementadas en base a los resultados obtenidos.

8.5.1. Formación del profesional de enfermería con orientación y énfasis en gerontología y geriatría en la Facultad de Enfermería Victoria.

Con los datos recabados y con el análisis de los mismos resultados, se pone de manifiesto que para poder subsanar las deficiencias que fueron arrojados a través del estudio, una pronta intervención desde el momento de la formación del estudiante de enfermería es necesaria. Ante ello, una de las metas del presente trabajo es la implementación de una formación adecuada del profesional de enfermería en cuanto a geriatría y gerontología se refiere.

Independientemente de los resultados obtenidos en el presente estudio, la Facultad de Enfermería Victoria en conjunto y colaboración con las facultades hermanas a nivel estatal, y pensando a futuro como una necesidad social y general; desde el 2005 empezaron la implementación y la formulación de los programas y planes de estudios de enfermería con miras a la atención del adulto mayor.

Anteriormente, los programas de licenciatura como de posgrados no tenían contemplado asignaturas o materias relacionadas directamente con el adulto mayor, puesto que se englobaban de manera categórica como adultos. Con la llegada de una nueva reforma de planeación y adecuación de los programas a nivel universidad, se empezó la integración de algunos posgrados con énfasis en geriatría y

gerontología, así como la implementación de materias orientadas hacia el cuidado en el adulto mayor.

En la documentación anexada al presente trabajo, se podrá observar la implementación de las carreras de especialidad en enfermería y maestría en ciencias de la enfermería con énfasis en gerontología y geriatría (Anexo 2). Ambas carreras en conjunto con otras líneas de interés fueron implementadas y registradas ante el Gobierno Federal a través de la Dirección General de Profesiones de la Subsecretaría de Educación Superior a partir de agosto del 2008.

El contenido de cada una de estas carreras esta contemplados a través de un sistema modular de materias en donde de manera constante y continua se brinda una formación integral para la capacitación y formación adecuada de profesionales de enfermería para atender las necesidades que los adultos mayores reflejen o externen en cuanto a salud y cuidados se refiere. Al mismo tiempo, esta línea ha estado en constante actualización desde el momento de su implementación dentro de las instalaciones de la facultad.

Lo anterior es en relación al nivel de posgrado, sin embargo también a nivel licenciatura se ha estado trabajando en este aspecto. Como se había mencionado con anterioridad, en la adecuación de los programas de estudios llevada a cabo en el

2005, se empezaron a implementar algunas asignaturas dentro del plan curricular de la carrera de licenciatura en enfermería. Sin embargo, no se establecieron como asignaturas fijas, sino como materias optativas en donde el estudiante tiene la libertad de seleccionar su línea de formación.

También cabe indicar que para el 2009 se realizó una reestructuración de los programas, conformando de forma especial el bloque de asignaturas optativas orientadas hacia el cuidado del adulto mayor (Anexo 3): atención en caso de urgencias en adultos, enfermería gerontogeriátrica y tanatología en el adulto. Con esto se dio un primer gran paso en cuanto a la formación del alumnado con orientación a la geriatría.

Al mismo tiempo que se llevaron estas actualizaciones y adecuaciones, la participación del estudiante de enfermería en Cd. Victoria en cuanto al cuidado y atención del adulto mayor se vio reforzado con la integración de temáticas y/o unidades de contenidos en varias de las asignaturas de formación disciplinar y profesional. Por ejemplo, en las materias de nutrición se contempla temáticas relacionadas con la elaboración de dietas adecuadas para un adulto mayor, o bien en la asignatura de investigación en enfermería se alienta al estudiante a participar en la generación de trabajos o proyectos de investigación en donde el sujeto de estudio es el adulto mayor.

En cuanto al ejercicio práctico y de campo, se ha contemplado la participación del estudiante en el cuidado del adulto mayor abriendo campos clínicos de enseñanza en la casa hogar del adulto mayor. Al mismo tiempo en asignaturas como prácticas profesionales de enfermería comunitaria o de enfermería médico quirúrgica, se pone de manifiesto la práctica en la atención de este grupo vulnerable a considerar temáticas relacionadas en cuanto a la atención y cuidados del paciente geriátrico.

Otro ejercicio que ha implementado para subsanar este problema es la planeación y puesta en marcha de los congresos internacionales de enfermería programados por la Facultad de Enfermería Victoria. En noviembre del 2008 se llevó a cabo el congreso denominado "*La sensibilidad humana y el cuidado ante la problemática de salud en el adulto mayor*", en donde se desarrollaron una serie de pláticas orientadas a la concientización del profesional de enfermería ante las necesidades observadas en el adulto mayor. Este tipo de ejercicios no solo generó conciencia, sino que a su vez brindo información relacionada con algunos aspectos políticos y legales relacionados con la aplicación e implementación de los programas de salud orientados a este grupo etario. No solo personal institucionalizado de enfermería asistió a este evento, sino que también estudiantes de las diversas escuelas de enfermería a nivel estatal y nacional participaron en ella.

Ahora se plantea el reforzamiento de estas líneas y temáticas en la formación del estudiante en cuanto a geronto-geriatria se refiere. Se está tomando en consideración la integración de tópicos relacionados con las políticas en pro del adulto mayor para que el alumno tenga fundamentos y conocimientos de los programas desde una perspectiva general y para que lo pueda dar a conocer mediante los ejercicios de promoción y educación de la salud. Con ello se estaría resanando esta debilidad observada en el transcurso del proceso de investigación, lo cual favorecerá de manera fundamental y consistente en la interacción enfermera – paciente geriátrico.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.5.2. Gestión de la estancia del adulto mayor por parte de la Facultad de Enfermería Victoria en la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Para tener una mayor interacción con el grupo de adultos mayores, la administración de la Facultad de Enfermería Victoria a través de la participación de la autora del presente estudio, están llevando a cabo los trámites administrativos y de gestión para la generación de una estancia del adulto mayor dirigida y sustentada en las bases del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería. Este proyecto surge ante la necesidad de tener más espacios adaptados a las necesidades del adulto mayor de la región y establecer de manera más estrecha la interacción del profesional de enfermería en formación y el mismo adulto mayor.

Para ello, el 20 de mayo de 2011, se iniciaron de manera formal las pláticas entre los directivos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y la autora del presente trabajo, en donde se realiza la petición de un área particular para la adaptación y adecuación de la estancia para el adulto mayor. En cuanto al avance de la gestión, el proyecto de la estancia ha sido aprobado por el Rector de la Universidad, el Ing. José Ma. Leal Gutiérrez, lo que sigue es dar seguimiento a los trámites administrativos para la adecuación del lugar que se ha de asignar para tal efecto.

Cabe señalar que para este proyecto, la administración de la estancia estará íntimamente relacionada con la misma Facultad de Enfermería, en donde se pretende aplicar una serie de acciones en pro del adulto mayor, los cuales van desde la promoción de la salud, la atención de sus necesidades básicas a través de los cuidados de enfermería, apoyo nutricional, apoyo físico, educación para la salud, orientación así como la difusión y la aclaración de los programas federales, estatales y locales a favor del adulto mayor. Esto logrará coadyuvar la sinergia entre los futuros profesionales de enfermería y los adultos mayores de la región.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPITULO 9

CONCLUSIONES



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En relación a la hipótesis planteada en la presente disertación y las cuestiones de investigación planteadas, se derivan las siguientes conclusiones:

1. Los programas de salud y asistencia social surgen a través de las políticas planeadas y sustentadas por los gobiernos federales durante sus periodos de gobierno. En el 2006 se aplica el “Plan de Acción Específico 2007 - 2012 Ejejecimiento”, el cual surge a través de las necesidades que de la misma población refleja, con el objeto de establecer estrategias que conlleven al mantenimiento y mejora del estado de salud del grupo de adulto mayores.
2. En relación y concordancia con gobierno federal, también se definen programas del adulto mayor en el estado de Tamaulipas. Programas como *Adopta un Abuelito*, *Registro y Seguimiento de Atención al Adulto Mayor*, *Villas de Vida Plena* y el *Programa de Atención a Adultos Mayores en Comunidad* (PAAC) pretenden cubrir las necesidades de este sector de la sociedad.
3. La percepción del adulto mayor sobre la aplicación de estos programas sociales es buena, y se encuentra totalmente ligado a la obtención de los beneficios que ellos reciben. Sin embargo, desconoce totalmente los tramites que se requieren para la obtención de dichos beneficios a través de los programas implementados por los diversos órganos de gobierno.

Con respecto al primer objetivo general así como sus objetivos específicos se puede establecer lo siguiente:

4. Las principales necesidades que los programas les satisfacen al adulto mayor y en base a la información recabada se concluye que solamente se cubre la económica, identificándose además otras necesidades como son las de convivencia familiar y la de atención, los cuales no son subsanados por los programas implementados de gobierno.
5. Actividades como educación para la salud, evaluación de signos vitales, técnicas somato métricas entre otras, son las fundamentales en la atención del adulto mayor. Y al respecto, el personal de enfermería refiere limitaciones para la realización de estas actividades, tanto de infraestructura como de recursos humanos y materiales.
6. Al cuestionar al adulto mayor sobre la percepción que tiene de la atención recibida por parte del personal de enfermería lo evalúa como malo.

Con respecto al segundo objetivo general así como sus objetivos específicos se puede establecer lo siguiente:

7. Los aspectos que conoce el personal de enfermería sobre las políticas y programas en beneficio del adulto mayor se identifica que tienen un conocimiento parcial, debido a que desconocen el fundamento del programa por el cual fue creado. Solamente realizan las intervenciones que les competen como funciones elementales y esenciales relacionadas con la atención del cuidado de enfermería.
8. Se establece que el adulto mayor conoce parcialmente los programas de asistencia social creados e implementados por el gobierno federal. El medio de información por el cual ellos tienen información es a través de sus pares y del medio masivo de la televisión.
9. Además, el personal de enfermería responsable de la atención del adulto mayor posee un nivel de estudios es técnico (enfermeros generales) y licenciados en enfermería; sin preparación académica específica y especializada para brindar cuidado integral al adulto mayor, como lo es la geriatría y gerontología.
10. El propósito de los programas es el mejorar las condiciones que están relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor, sin embargo se debe de brindar una adecuada información al adulto mayor para que tengan la posibilidad de tramitar y acceder a estos beneficios sin problema alguno.

11. Debido al incremento de la esperanza de vida en nuestro país, y al acelerado envejecimiento de la población, los profesionales de enfermería deben de recibir una formación académica específica para atender adecuadamente a este sector de la población. Por tal motivo, se considera importante que las instituciones de educación superior especializadas en la formación de enfermería, incluya tanto en el documento curricular la asignatura de gerontogeriatría y a su vez se oferte en posgrado a nivel de especialidad.

Con respecto a las metas planteadas en la presente investigación, se puede determinar lo siguiente:

12. Las instituciones formadoras de profesionales de enfermería han tenido acierto en la implementación de algunas asignaturas, temáticas, tópicos y prácticas profesionales para la formación y preparación formal del estudiante, con el fin adentrarlo al área de geriatría.

13. Al mismo tiempo, se ha estado formando al estudiante de enfermería para que se humanice y se sensibilice ante las necesidades que se puedan percibir en el paciente adulto mayor.

14. La generación e implementación de posgrados orientados en gerontogeriatría ha estado subsanando la necesidad de capacitación de los profesionales de enfermería que se encuentran ejerciendo en los diversos niveles de atención

de salud. Esto genera indicios de la preocupación que tiene la institución formadora por este grupo vulnerable y la preparación adecuada del profesional.

15. Con respecto a la estancia, los procesos de gestión y administración siguen en marcha. Se ha logrado obtener la autorización del proyecto por parte de la Rectoría de la Universidad.

En base a lo anterior, se ha logrado establecer como líneas futuras de acción:

- a) La profesionalización del personal de enfermería en cuanto a gero-geriatria se refiere y la actualización permanente en dicha área.
 - b) Sinergia entre las Instituciones de Educación Superior – Gobierno – Sector Salud para la atención a las necesidades del adulto mayor a través del ejercicio de formación del estudiantado así como la implementación de la estancia del adulto mayor.
- 1) Vinculación Facultad de Enfermería Victoria – Sociedad, para impulsar la creación de una estancia para el adulto mayor que coadyuve a mejorar su calidad de vida, lo cual se logrará una vez que la estancia entre en funciones.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

BIBLIOGRAFÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Ahroni JH. (1989) *A description of the health needs of elderly home care patients with chronic illness*. Home Health Care Serv Q. Volume 10(3-4): 77 – 92.

Alarcón Flores Luis Alfredo (2006) Derechos humanos. Los derechos fundamentales y la prueba prohibida. Disponible en línea [<http://www.monografias.com/trabajos38/derechos-fundamentales/derechos-fundamentales.shtml>] Publicado el 28 de septiembre del 2006. Consultado el 8 de septiembre del 2012.

Amezcuca M, Carricondo Guirao A. (2000) Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital); 28-29. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php] Consultado el 17 de Julio del 2012.

Anónimo (2004) *Adulto Mayor. Más años a la vida: más vida a esos años*. Chile

Arrigada Peñailillo Waldo (2009). *Los adultos mayores en los derechos humanos, las políticas de protección social y su aplicación en Chile*. En *Perspectivas de identidad para la reconstrucción de memoria histórica local a través de los relatos de vida de adultos mayores en la comuna de San Bernardo entre los años 2003 y 2009*. [Tesis]. República de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Baigorri Artemio (1999) *Vejez y nuevas necesidades sociales en Extremadura, ante el siglo XXI (Ponencia)*. Escuela de Administración Pública de Extremadura. España: Universidad de Extremadura.

Beigay Teresa M. (2007) *Examination of the perceptions of an elderly population in subsidized housing and their utilization of community-based health care* [thesis]. United States of America: University of Pittsburgh

Ben Natan Merav (2008) *Perceptions of nurses, families and residents in nursing homes concerning resident's needs*. International Journal of Nursing Practice. Volume 14: 195 – 199.

Bergmark Ake, Parker Marti G., Thorslund Mats (2000) *Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines?* Journal of Medical Ethics. Volume 26: 312 – 318

Biswas P., Lloyd-Sherlock P., Zaman S. (2006) *Understanding elderly client satisfaction with primary health care in rural Bangladesh*. Asian Journal of Gerontology Geriatric Volume 1: 133 – 140

Branchs M (1986) *Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo*. Revista Costarricense de psicología Volumen 89: 27 – 40.

Burns Nancy, Grove Susan K (2003) *Investigación en enfermería*. Tercera Edición. España: Elsevier. Páginas 385 – 430.

Carmona Valdés Sandra Emma. (2011) *El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez*. Revista Kairós Gerontología. Volumen 14 (1): 27 – 41.

Chamroonsawasdi Kanittha, Phoolphoklang Sukanya, Nanthamongkolchai Sutham, Chokchai Munsawaengsub (2010) *Factors influencing health promoting behaviors among the elderly under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand*. Asia Journal of Public Health. Volume 1 (1):15 – 19.

Consejo Internacional de Enfermería [CIE] (2010) *La Definición de enfermería*. Disponible en línea [<http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>] Consultado el 23 de Julio del 2011 a las 9:45 h

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (1999) *Envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades*. México

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2010) *Población adulta mayor de México se mantiene activa*. Boletín No. 23/2010. México

Courtney Mary, Tong Shilu, Walsh Anne. (2000) *Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review*. Int. J. Nurs. Pract. Volume 6 (2): 62 – 69

Courtney Mary, Tong Shilu, Walsh Anne. (2000) *Older patients in the acute care setting: rural and metropolitan nurses' knowledge, attitudes and practices*. Australian Journal of Rural Health Volume 8 (2): 94 – 102

Day Thomas, Stall Rob (s/a) *About medical care for the elderly*. Disponible en línea [http://www.longtermcarelink.net/eldercare/medical_care_issues.htm] Consultado el 21 de Enero del 2012 a las 13:45 h. EE.UU.: National Care Planning Council

Decreto 535 de la 57ma. Legislatura Constitucional del Congreso del Estado Libre y Soberano de Tamaulipas. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas*.

Desarrollo Integral de la Familia – Tamaulipas [DIF-Tamaulipas] (2011a)

Adulto Mayor. [página de internet] 23 de marzo del 2011 [citado en 21 de octubre del 2011] Disponible en: <http://diftamaulipas.gob.mx/ejes/adulto-mayor/>

Desarrollo Integral de la Familia – Tamaulipas [DIF-Tamaulipas] (2011b)

Primera Reunión Estatal con los sistemas DIF Municipales. Plan de Acción 2008 - 2010. Dirección de Atención al Adulto Mayor.

Donaghue Shirley June (1970) *Self-perceived needs and nursing involvement with the elderly living at home* [thesis]. Canada: University of British Columbia

Donelan Karen, Blendon Robert J., Schoen Cathy, Binns Katherine, Osborn Robin, Davis Karen (2000) *The elderly in five nations: the importance of universal coverage*. Health Affairs. Volume 19 (3): 226 – 235

Dorsch Friederich, Bergius Rudolf, Ries Horst (2002) *Diccionario de Psicología*. 8va. Edición. España: Herder. Página 513

Fawcet J. (2000) *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. EE.UU: F.A. Davis Company

Fernández Ferrin, C. Luis Rodrigo M.T. (2005) *El Proceso Enfermero: En Luis Rodrigo M.T.; Fernández Ferrin C. y Navarro Gómez M.V. : De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Pag. 3-16. Barcelona Masson

Fernández-Olano C, López-Torres Hidalgo JD, Cerdá-Díaz R, Requena-Gallego M, Sánchez-Castaño C, Urbisondo-Cascales L, Otero-Puime A. (2006) *Factors associated with health care utilization by elderly in a public health care system*. Health Policy. Volume 75 (2): 131 – 139.

Findling Liliana, Lehner María Paula, Ponce Marisa, Venturiello María Pía, Mario Silvia. (2008) *Adultos mayores: percepción de salud y redes sociales*. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Córdoba, Argentina.

Fukawa Tetsuo (2002) *Public Health Insurance in Japan*. World Bank Institute. United States of America: The World Bank.

García Hernández, María Dolores (2008) *Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco*. Horizonte Sanitario. Volumen 7 (3):20-30

Gobierno de Chile (2012) *Orientaciones para la planificación y programación en red año 2012*. Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria

Goodman Claire, Evans Catherine (2006) *Los grupos de trabajo*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

González Chavarría Claudia Patricia, Delgado Hernández Blanca Verónica, Ayala Atrián Sara (2001) *Percepción de la imagen social de la enfermera en la población de MTY. Y su área metropolitana*. V Reunión Delegacional de Investigación Médica Monterrey, N.L. Edición especial No. 1-2001

Gerrish Kate, Lacey Anne (2006) *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Henderson Virginia (1996) *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. España: Mc Graw –Hill Interamericana

Henderson Virginia (2006) *The concept of nursing*. Journal of Advanced Nursing. Volumen 53 (1): 21 – 34.

Herrera S. Fernanda, Romero A. Alehi, Gonzáles J. Emy, Guillen Q. Leslie (2008) *Percepción de los ancianos sobre los centros de desarrollo integral para el adulto mayor*. Revista de Investigación en Psicología. Volumen 11 (1): 129 – 136.

Holloway Immy, Todres Les (2006a) *Etnografía*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Holloway Immy, Todres Les (2006b) *Teoría fundamentada*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Huenchuan Navarro Sandra (2004) *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Chile: CEPAL.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2007) *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de Edad. Datos Nacionales*. México:INEGI

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2010) *Mesa redonda XXX. Los retos del envejecimiento y la pobreza en México para la protección social en salud*. Salud Pública de México. Volumen 49. Edición especial. XII Congreso de investigación en Salud Pública: E345

Jodelet Denisse (1984) *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. México:Paidós.

Krueger RA (1991) *Focus groups: a practical guide for applied research*. EE.UU. : Sage

Laffrey SC, Renwanz-Boyle A, Slagle R, Guthmiller A, Carter B. (1990) *Elderly clients' perceptions of public health nursing care*. Public Health Nurs. Volume 7(2):111 – 117.

Lathlean Judith (2006) *Análisis cualitativo*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Lui May HL, Mackenzie Ann E. (1999) *Chinese elderly patients' perceptions of their rehabilitation needs following a stroke*. Journal of Advanced Nursing. Volume 30(2): 391 - 400

Martínez Coll, Juan Carlos (2001) *Las necesidades sociales y la pirámide de Maslow en La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes*. Disponible en línea [http://www.eumed.net/cursecon/2/necesidades_sociales.htm] Consultado el 15 de Marzo del 2010 a las 12:45 h.

Marinner Tomey (1999) Introducción al análisis de las teorías de enfermería: En Marinner Tommey y Raile Alligood. Modelos y Teorías de Enfermería. (pág. 3-15) 4º. Ed. España: Harcourt Brace

Marquis Bishop S. (1999) Razonamiento lógico :En Marinner Tomey y Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería Pág. 35-42 . 4º. Ed. España: Harcourt Brace.

Matamoros Quesada Karla, Obando Godínez Natalia, Rivera Volio Susana, Romero Guillén Dahianna, Torres Acuña Christian, Guzmán Aguilar Ana. (2007) *Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención*. Enfermería Actual en Costa Rica. No 012

Max-Neef, Manfred; Elizalde, Antonio; Hopenhayn, Martín (1986). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Ciudades para un Futuro Sostenible*. Disponible en [http://habitat.aq.upm.es/deh/adeh_5.html] Consultado el 23 de Marzo del 2007 a las 21:43h. Universidad Politécnica de Madrid. España

Meyer Julienne (2006) *Acción - Investigación*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Miller Chenier Nancy (1993) BP-351 E *The health of the Canadian elderly*. Government of Canada. Disponible en línea [<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp351-e.htm>] Consultado el 12 de enero del 2012 a las 13:45 h.

Miller RA. (2005) *The biology of aging and longevity*. En Hazzard WR Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. Edition. EE.UU.: Mc Graw Hill.

Montes de Oca Verónica. (1994) *Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales*. Demos. p.34 – 35.

Moscovici, Serge (1981) *La era de las multitudes. Un tratado histórico de psicología de masas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Murillo de la Vega Soledad (2000) *Introducción a las técnicas cualitativas en un marco sanitario*. En Sánchez Moreno A, Germán Bes C, Mazarrasa Alvear L, Merelles tormo A, Sánchez García A. *Enfermería comunitaria 2. Epidemiología y enfermería*. España: Mc Graw Hill - Interamericana.

Nolla Cao Nidia (1997) *Etnografía, una alternativa más en la investigación pedagógica*. Rev Cubana Educ Med Sup Volumen 11 (2): 107 – 115

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002) *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* Madrid: OMS

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004) *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. (WHA 57.17) Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005) *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado*.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011) *Envejecimiento*. OMS [página de internet] 27 de septiembre del 2011 [citado en octubre del 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1983) *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento* (Protocolo de Viena). Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, Austria.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1988) *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Protocolo de San Salvador) San Salvador, El Salvador.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2002) Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1997) *Importancia del Personal de Enfermería: Centros colaboradores de la OMS para la Red de Enfermería y Partería* Washington: OPS

Ortega López Rosa Margarita (2004) *Percepción de la calidad de cuidado de enfermería según la opinión del paciente y la enfermera* [Tesis] México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Polit Denise F., Hungler Bernadette P. (2006) *Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y Métodos*. 6ta. Edición. México: Mc Graw Hill – Interamericana.

Remuzgo Artezano, Anika (2003) *Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001 – 2002* [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Reyes Valles Lila (2003) *Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela* [ponencia]. Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile.

Rico Venegas Rosa María, Romero Esquiváis Celia, Vargas Salado Enrique, Gómez Betty Judith, Tezoquipa Isabel H. (2000) *Información científica para el cuidado en enfermería: Promoción de la salud del adulto en plenitud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Salcedo-Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, Zarza-Arizmendi MD, Reyes-Audiffred V, Rubio-Domínguez S, Fajardo-Ortiz G. (2007) *La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 15 (1): 19 – 23

Salgado-de Snyder Nelly, Wong Rebeca (2007) *Género y pobreza: determinantes de la vejez*. Salud Pública de México. Volumen 49 (4):S515 – S521.

Secretaría de Salud [SS] (2005) *Programa de trabajo de la red mexicana de enfermería para la atención del adulto mayor, 2005 – 2006*. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. México.

Secretaría de Salud [SS] (2007) *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud Tamaulipas (2011) *Programa operativo 2011*. Departamento de Salud del Adulto y Adulto Mayor. México.

Schell Ellen S. (2001) *Nurses' perceptions of elderly patients*. Age and Ageing. Volume 30:367 – 368.

Shamah-Levy Teresa, Cuevas-Nasu Lucía, Mundo-Rosas Verónica, Morales Ruán Carmen, Cervantes-Turrubiates Leticia, Villalpando-Hernández Salvador (2008) *Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional*. Salud Pública de México. Volumen 50 (5).

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud [SPPS] (2008) *Programa de Acción Específico 2007 – 2012 Envejecimiento*. México: Secretaría de Salud

Tavano Colaizzi Loredana (2011) *Pensión alimentaria para adultos mayores residentes en el Distrito Federal como una respuesta de política pública para la atención al envejecimiento* [tesis]. México: Universidad Iberoamericana

Tod Angela (2006) *Entrevista*. En Gerrish Kate, Lacey Anne *Investigación en enfermería*. 5ta. Edición. España: Mc Graw Hill.

Vargas-Daza Emma Rosa, Reyes Sandra, García Peña Carmen, Martínez González Lidia, Mendoza-Martínez Amanda. (2000) *Opinión del anciano sobre la atención de enfermería*. Revista de Enfermería del IMSS. Volumen 8 (2): 91 – 94.

Vega Angarita O.M. (2006) *Estructura del conocimiento contemporáneo en enfermería*. Revista ciencia y cuidado 3 (3) pág. 53-67

Wesley R.L. (1997) *Teorías y Modelos de Enfermería*. 2º.Ed. España: Mc Graw Hill Interamericana

Zapata Farías Hernán (2001) *Adulto Mayor: participación e identidad*. Revista de Psicología Volumen X (1): 189 – 197.

Zelada R. Marco, Mayta T. Percy (2006) *¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Volumen 23 (1):67 – 69.

Zunker Christie, Rutt Candace, Meza Gina (2005) *Perceived health needs of elderly mexicans living on the U.S.-México Border*. Journal of Transcultural Nursing. Volume 16 (1): 50 – 56

Zúñiga Herrera Elena, García López Juan Enrique, Partida Bush Virgilio (2003) *Mortalidad de la población de 60 años o más*. En “La situación demográfica de México 2003”. México. pp. 143 – 153.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TABLA DE ANEXOS.

Anexo 1. Estudio socioeconómico para selección de adultos mayores a entrevistar.

Anexo 2. Oficio del comité de ética de autorización para la realización del estudio.

Anexo 3. Oficio que avala la formación de la especialidad y maestría en gerontogeriatría.

Anexo 4. Asignaturas que están contempladas dentro del bloque de optativas en licenciatura.

Anexo 5. Listado de asignaturas en las que recientemente se ha introducido temas sobre el cuidado y atención del adulto mayor.

Anexo 6. Evidencia de gestión para la implementación de la estancia del adulto mayor en la Universidad Autónoma de Tamaulipas.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo 1.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS
UNIVERSIDAD DE ALICANTE



*TRABAJO DE INVESTIGACION
NECESIDADES PERCIBIDAS EN EL ADULTO MAYOR*

1. Nombre: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)
2. Edad: _____
3. Sexo: F () M ()
4. Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Otro: _____
5. Con quien vive: SOLO () FAMILIA () AMIGOS () Otro: _____
6. Cuentas con servicios de salud: Si () No ()
IMSS () ISSSTE () Seguro Popular () UPYSSET () Otro: _____
7. Es usted jubilado: _____
8. Personas que dependen de usted: _____

Anexo 2



Victoria, México, 2011

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA VICTORIA
DICTAMEN DE PROYECTOS



Clave del Proyecto _____

Título del Proyecto

Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria, México. Una investigación – acción evaluativa, etnográfica y enfermera de impacto.

Nombre del responsable MCS. Cinthya Patricia Ibarra González

DICTAMEN

 APROBADO NO APROBADO

Se le recuerda que en seguimiento a las Normas del Comité de Ética e Investigación en Enfermería, usted deberá comunicar a la Coordinación de Investigación, los avances del proyecto.

Observaciones:

Una vez concluida la investigación, se deberá de realizar por lo menos una publicación en una revista científica indexada.

Cd. Victoria, Tamaulipas. A 17 de febrero de 2011


MCS. Ma. Raimunda Medina Martínez
Presidente del Comité


MEEd. Olga Lidia Banda González
Secretaría Técnica del Comité

Anexo 3.



**SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES**

Vistos los documentos que obran en el expediente y los anteriores considerados, con fundamento en la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, se somete a consideración el siguiente

RESOLUTIVO:

ÚNICO.- Es procedente la Enmienda al Registro de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS, número de expediente 28-00043, para la adición de los estudios de MAESTRÍA EN: 1. CIENCIAS EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN: a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Clave DGP 431770, b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA Clave DGP 431771, c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Clave DGP 431772, d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA Clave DGP 431773, e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Clave DGP 431774, f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA Clave DGP 431775 y g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Clave DGP 431776; 2. ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA LABORAL Clave DGP 410550 y 3. PLANEACIÓN, DESARROLLO Y PROYECTO URBANO Clave DGP 406569; así como los estudios de ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN: a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS Clave DGP 431525, b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA Clave DGP 431526, c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA Clave DGP 431527, d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA Clave DGP 431528, e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Clave DGP 431529, f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA Clave DGP 431530 y g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Clave DGP 431531, lo anterior a efecto de que se sirva acordar lo conducente,

México, D.F., a 27 de agosto de 2008.

VISTO BUENO
JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS



S.E.P.
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES
DIRECCIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

REVISÓ

C. HUGO GODOLF O PÉREZ SALINAS

AURORA DOMÍNGUEZ LABOURDETTE

"2008, Año de la Educación Física y el Deporte"

Iturbide Sur 2387, Col. San Ángel, C.P. 01000, México, D.F. ☎ (01-55) 36-01-39-15 (directo y fax) 36-01-10-00 ext. 12559.



**SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES**

Se hace de su conocimiento que se ha integrado a su expediente solicitud debidamente requerida, Reunión Ordinaria de la H. Asamblea Universitaria de fecha 13 de junio de 2006, mediante la cual se autoriza a implementar los estudios mencionados, Planes de Estudios, Formatos de: Diploma de Especialidad y Grado Académico como Documentos Únicos, en los cuales se incluye la Certificación de Antecedentes Académicos de los egresados. Catálogo de Sellos y Firmas, debidamente protegidos con el sello oficial de la autoridad competente, así como pago de Derechos Federales.

Cumplidos los requisitos legales, procede formular los siguientes

CONSIDERANDOS:

1.- La Institución solicitante se encuentra registrada en esta Dirección General de Profesiones de

2.-

LOS GRADOS SE EXPEDIRÁN COMO:	LAS CÉDULAS CORRESPONDIENTES SE EMITIRÁN COMO:
<p>MAESTRO EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA <p>ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA 	<p>MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA <p>ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS b) ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA Y GERIÁTRICA c) ENFERMERÍA PEDIÁTRICA d) ENFERMERÍA QUIRÚRGICA e) ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS f) ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA g) GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA LABORAL	MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA LABORAL
MAESTRO EN PLANEACIÓN, DESARROLLO Y PROYECTO URBANO	MAESTRÍA EN PLANEACIÓN, DESARROLLO Y PROYECTO URBANO

"2008, Año de la Educación Física y el Deporte"

Inurgentes Sur 2387, Col. San Ángel, C.P. 01000, México D.F. ☎ (01-55) 36-01-35-15 (directo y fax), 36-01-10-00 ext. 12559.

Anexo 4

R-RS-01-25-02



90733.01952_2160390



**AREAS DE ESPECIALIZACION Y/O PROFUNDIZACION
ASIGNATURAS OPTATIVAS
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

FACULTAD DE ENFERMERIA / VICTORIA

ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN	ÁREA DE ADMINISTRACION	ÁREA DE PEDIATRIA
<p>OPTATIVA I ATENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIAS EN ADULTOS M.SAL. 607.04-04</p> <p>OPTATIVA II PREVENCIÓN EN LA TERAPIA FISIOLÓGICA MCS30.0163.04</p> <p>OPTATIVA III ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA MCS30.0203.04</p> <p>OPTATIVA IV ENFERMERÍA AVANZADA Y MANEJO DE EQUIPO BIOMÉDICO MCS30.0163.04</p> <p>OPTATIVA V TRATAMIENTO EN FARMACIA MCS30.0533.04</p>	<p>OPTATIVA I GESTIÓN Y LIDERAZGO M.SAL. 388.04-04</p> <p>OPTATIVA II SALUD EN EL TRABAJO MCS30.105.04-04</p> <p>OPTATIVA III EDUCACIÓN EN SALUD M.EH. 083.04-04</p> <p>OPTATIVA IV ECONOMÍA Y SALUD M.SAL.070.04-04</p> <p>OPTATIVA V ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS M.SAL. 079.04-04</p>	<p>OPTATIVA I ENFERMERÍA Y NEONATOLOGÍA MCS30.070.04-04</p> <p>OPTATIVA II SALUD REPRODUCTIVA MCS30.071.04-04</p> <p>OPTATIVA III ATENCIÓN EN CASOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS MCS30.108.04</p> <p>OPTATIVA IV MANEJO DE EQUIPO BIOMÉDICO PEDIÁTRICO MCS30.108.04</p> <p>OPTATIVA V TANATOLOGÍA PEDIÁTRICA MCS30.120.04</p>

Materias optativas dentro de la licenciatura de enfermería orientadas de manera directa a la formación y capacitación de profesionales de enfermería con un enfoque geriatrico

Anexo 5. (Fuente: Plan de Estudios 2009 de la Licenciatura en Enfermería)*Asignaturas del Plan de Estudios**Asignaturas del Núcleo de Formación Básica*

CLAVE DE ASIGNATURA	ASIGNATURA
M.EH43.008.04-04	DESARROLLO DE HABILIDADES PARA APRENDER
M.EH47.033.04-04	INGLES INICIAL MEDIO
M.EN07.080.04-04	MATEMATICAS BASICAS
M.IT18.259.02-02	INTRODUCCION A LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
M.EN02.083.03-03	MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SUSTENTABLE
M.SA50.051.03-03	TAMAULIPAS Y LOS RETOS DEL DESARROLLO
M.EH47.034.04-04	INGLES INICIAL AVANZADO
M.EH43.106.02-02	CULTURA Y GLOBALIZACION
M.EH44.014.03-03	INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO CIENTÍFICO

Asignaturas del Núcleo de Formación Disciplinaria

CLAVE DE ASIGNATURA	ASIGNATURA
M.CS32.014.04-04	ANATOMOFISIOLOGÍA I
M.CS32.015.04-04	ANATOMOFISIOLOGÍA II
M.CS30.045.03-03	SALUD PUBLICA
M.EH43.020.02-02	EDUCACIÓN Y SALUD
M.SA50.046.02-02	SOCIOLOGÍA Y SALUD
M.CS32.040.03-03	EPIDEMIOLOGÍA Y BIOESTADÍSTICA
M.EN02.096.03-03	MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA
M.CS30.027.02-02	NUTRICION
M.SA50.002.02-02	COMUNICACIÓN Y RELACIONES HUMANAS
M.CS32.048.03-03	GINECOOBSTETRICIA
M.SA49.020.02-02	PSICOLOGÍA
M.SC31.007.03-03	FARMACOLOGÍA
M.SC32.085.03-03	PEDIATRÍA
M.SC32.115.04-04	PATOLOGÍA MEDICO QUIRÚRGICA I
M.SC32.116.04-04	PATOLOGÍA MEDICO QUIRÚRGICA II
M.EH51.022.04-04	INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
M.EN07.039.04-04	ESTADÍSTICA PARA LA INVESTIGACIÓN
M.EH51.091.03-03	SEMINARIO DE TESIS

Asignaturas del Núcleo de Formación Profesional

CLAVE DE ASIGNATURA	ASIGNATURA
M.CS30.015.06-06	ENFERMERÍA FUNDAMENTAL
M.CS30.143.20-19	PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FUNDAMENTAL
M.CS30.017.05-04	ENFERMERÍA COMUNITARIA
M.CS30.145.02-02	PROCESO ENFERMERO
M.CS30.059.20-19	PRACTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
M.CS30.021.06-06	ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL
M.CS30.060.10-09	PRACTICA PROFESIONAL DE MATERNO INFANTIL
M.CS30.006.03-03	ATENCIÓN AL NIÑO SANO
M.CS30.061.10-09	PRÁCTICA PROFESIONAL DE ATENCIÓN AL NIÑO SANO
M.CS30.022.06-06	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
M.EH51.051.20-19	PRACTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
M.CS32.035.06-06	ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA I
M.CS30.063.20-19	PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA I
M.CS30.019.05-04	ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA
M.CS30.148.10-09	PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA
M.CS32.036.06-06	ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA II
M.CS30.064.20-19	PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA II
M.SA41.146.03-03	SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN EL EJERCICIO PROFESIONAL
M.CS32.101.03-03	TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA
M.SA35.019.05-04	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
M.EH51.046.10-09	PRACTICA PROFESIONAL ADMINISTRATIVA
M.CS30.065.20-19	PRACTICAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL
M.EH44.018.02-02	PROFESION Y VALORES EN ENFERMERÍA
M.CS30.066.40-37	RESIDENCIA DE ENFERMERÍA
M.SS.001.480-10	SERVICIO SOCIAL
OP1.5140.04-04	OPTATIVA I * (VICTORIA)
OP2.5140.04-04	OPTATIVA II * (VICTORIA)
OP3.5140.04-04	OPTATIVA III *(VICTORIA)
OP4.5140.04-04	OPTATIVA IV *(VICTORIA)
OP5.5140.04-04	OPTATIVA V * (VICTORIA)

Anexo 5.

Evidencia de la reunión llevada a cabo el día 20 de mayo de 2011, con el C. Rector de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Mtro. José Ma. Leal Gutiérrez con la Directora de la Facultad de Enfermería, MCE. Cinthya Patricia Ibarra González. Durante esta gestión, docentes de la facultad participaron en dicha gestión.



