



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

EL MODO DE AUTOCONCEPTO EN EL ADULTO MAYOR: UN ESTUDIO
FENOMENOLÓGICO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería

Presenta:

Nancy Viridiana Ruíz Vargas

Dirigido por:

Dra. Aracely Díaz Oviedo

SINODALES

Dra. Aracely Díaz Oviedo Presidente	Firma
MCE. Gabriela Palomé Vega Secretario	Firma
Dra. Beatriz Garza González Vocal	Firma
Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres Suplente	Firma
Dra. Alicia Álvarez Aguirre Suplente	Firma

MCE Gabriela Palomé Vega

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2013
México

RESUMEN

Introducción. El presente estudio está dirigido a describir las experiencias vividas por el adulto mayor en el modo de autoconcepto, lo que permitirá comprender el proceso de envejecimiento desde el punto de vista de la Teoría de la Adaptación.

Premisa. Describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas, observando un contexto real e identificado los factores que intervienen en la adaptación y que permitan interpretar el fenómeno de envejecimiento.

Material y métodos. Investigación cualitativa con enfoque de fenomenología interpretativa analizada desde la filosofía de Heidegger (1927) y basada en la Teoría de la Adaptación de Callista Roy (1999). La muestra, cuatro adultos mayores de la comunidad rural ampliada El Vegil, Huimilpan, Querétaro.

Recolección de información mediante una pregunta detonadora de acercamiento con la experiencia vivida en el modo de autoconcepto del adulto mayor. Se utilizó el método de análisis de contenido.

Resultados. El adulto mayor se percibe con falta de fuerza y dolor físico. Bajo su experiencia menciona que desempeñó un buen rol en la familia y su ideal va encaminado al bien morir y al servicio a Dios.

Conclusión. La adaptación en el modo de autoconcepto del adulto mayor está determinada por sus experiencias vividas en relación con la juventud, la familia y la religión.

Palabras Clave: modo de autoconcepto, adulto mayor, experiencias vividas.

A Ma. Rosario Vargas Ángel y Emeterio Ruíz Vargas

AGRADECIMIENTOS

A los adultos mayores que le dieron vida a este proyecto: Damaso Daniel Victorio Vargas de Jesús, Atanasio Hernández León, Gregoria Martínez Colchado, María Guadalupe Colchado Vargas, José Salinas Nuñez, Victoria Salinas Martínez, Severiano Ramírez Hipolito y María Rosario Longino Cornejo.

A la Dra. Aracely Díaz Oviedo por la Dirección de Tesis, por su incondicional apoyo y el tiempo dedicado. Infinitamente, gracias.

A la Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres por los libros, las recomendaciones y las sonrisas.

Al Mtro. Vicencio Albarran por el apoyo en la traducción y por su incondicional amistad.

A la Dirección de la Facultad de Enfermería: la MCE Gabriela Palomé Vega, Lic. Lucy González, LCI Marisol Ávila y C. Eulalia Coli por formar parte de esta etapa importante de mi vida.

A la Lic. Yasmin Oiris Fontanell por el Seminario de Tesis y la motivación.

Al Lic. Cristian H. González Chávez por ser parte del cimiento de esta investigación. Donde quiera que esté.

A Claudia Jennifer Domínguez Chávez por su apoyo, energía y fortaleza.

A Mariana González Gutiérrez por estar tan cerca a pesar de la distancia.

Por su paciencia, gracias Familia Ruíz Vargas.

A mi Alma Mater: la Universidad Autónoma de Querétaro por Educarme en la Verdad y en el Honor.

Gracias totales.

ÍNDICE

RESUMEN	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN	1
1.1 Acercamiento con el problema a desarrollar	6
1.2 Justificación del problema.....	8
1.3 Premisas	11
1.4 Supuesto.....	11
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
2.1 Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy	12
2.1.1 Modo de autoconcepto	16
2.2 Adulto mayor.....	18
2.3 Medio rural y urbano	24
2.4 Estudios relacionados	26
III. CAMINO METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo y diseño metodológico	29
3.2 Universo y muestra	29
3.3 Material y métodos.....	31
3.4 Plan de análisis.....	33
3.5 Ética del estudio.....	35
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
V. CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	61

I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los más grandes logros de la humanidad pero a la vez se ha convertido en uno de los mayores desafíos en la actualidad (National Institute on Aging, 2007 citado por Frankce, 2008). Por consiguiente, actualmente y de acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) el panorama poblacional se ha invertido, ya que en los últimos años la cifra de adultos mayores en el estado de Querétaro va en aumento; tal acontecimiento surge como respuesta a un ciclo de cambios ocurridos en el *modus vivendi* de la población.

Con el aumento de la esperanza de vida y una menor tasa de fecundidad, la edad promedio de la población se ha incrementado, la distribución por edad se ha modificado, disminuyendo paulatinamente la proporción de niños y jóvenes, al tiempo que se incrementa la de adultos mayores (INEGI, 2011).

Este fenómeno de inversión en la pirámide poblacional no sólo se ve expresado en cifras, sino también en conductas, es decir, el adulto mayor reúne condiciones particulares en relación con otros grupos etarios, por lo tanto se considera un grupo vulnerable dado que en esta etapa de la vida viene un decaimiento de las capacidades físicas, a veces mentales, cognitivas y más aún en los últimos tiempos con el incremento de enfermedades que no se consideraban en el medio (Santa Cruz, 2013), lo cual implica una mayor demanda en los servicios de salud y en atención geriátrica; al mismo tiempo, la atención que requiere el adulto mayor está dirigida a mejorar la calidad de vida a través de la promoción, protección y rehabilitación durante el deterioro biológico conocido como envejecimiento.

Aunado a ello, el contexto en el que se envejece juega un papel importante ya que diversos factores interactúan para determinar el comportamiento y por ende la adaptación del adulto mayor a esta etapa de la vida.

Por una parte, el evidente proceso de urbanización que indica una concentración mayor de la población en la zona urbana y por otro, las zonas rurales,

contexto de interés en este estudio, y cuya definición no ha sido concretamente establecida por las organizaciones para su uso global; de manera que el INEGI en su publicación sobre Población rural y rural ampliada en el 2000, establece los criterios de cuantificación de lo rural como la demografía, la infraestructura y geografía, mencionando que en México se define lo rural a partir del tamaño de la localidad quedando de la siguiente manera: menos de 2,500 habitantes se denomina población rural y hasta 5,000 habitantes es llamada población rural ampliada, por lo tanto, en nuestro país, casi una tercera parte de la población se considera rural pues en el año 2010 los habitantes en esta zona ocupaban el 22% en contraste con el 78% de la población urbana (INEGI, 2005).

En este sentido, destaca en México la distribución de la población en el territorio y el tipo de localidad en que reside y se establece. Para el 2010 los datos mostraron que con el transcurso del tiempo ha disminuido la población que vive en localidades con menos de 2,500 habitantes, pasando de 28.6 en 1990 a 25.4 en 2000 y 23.2% en 2010; por otra parte, en las ciudades con 100 000 y más habitantes la proporción ha aumentado (INEGI, 2005).

No obstante, las áreas rurales han cambiado fuertemente en las últimas décadas y hoy se habla de fenómenos como nueva ruralidad, áreas periurbanas y “rururbanas”, de manera que frente a la necesidad de adoptar una definición nítida y útil de la nueva ruralidad, diversas entidades académicas y organizaciones han trabajado sobre la redefinición enfocada al territorio (Dirven, Echeverri, Sabalain, Rodríguez, Candia, Peña y Faiguenbaum, 2011).

Por consiguiente, se considera que un territorio es rural cuando el proceso histórico de construcción social que lo define se sustenta principalmente por los recursos naturales y mantiene esta dependencia de esos recursos y su base económica se estructura alrededor de la oferta ambiental que lo sustancie (Dirven *et al.*, 2011).

Asimismo, las modalidades adoptadas por la distribución de la población mexicana han variado; pese a ello, se ha mantenido un patrón de concentración

urbana y de dispersión rural que la sociedad, antes predominantemente rural, ahora se ha transformado en urbana (González y Esquivel, 2011).

En otro orden de ideas, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1994; citado por Villalvazo, Corona y García, 2002), señalan que lo rural se identifica con una población distribuida en pequeños asentamientos dispersos, con una baja relación entre el número de habitantes y la superficie que ocupan, así como el predominio de actividades primarias, niveles bajos de bienestar y de condiciones de vida.

Por su parte, la Real Academia Española (2013) define rural (Del. lat. rurales, de rus, ruris, campo) como perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores.

Partiendo de los conceptos anteriores y destacando la característica principal de la que se ha valido el país para identificar las zonas rurales y que se refiere al número de habitantes y a las características geográficas de la comunidad, se aterriza al escenario del actor principal: el adulto mayor residente de la comunidad rural.

Desde esta perspectiva, en la publicación “Mujeres y Hombres en México 2011” el INEGI (2011) presenta la sección “Hogares con adultos mayores” donde menciona que en México existen 7.4 millones de hogares con adultos mayores, los cuales representan 26.1% de los hogares del país. La mayoría de ellos son de jefatura masculina y 2.5 millones están encabezados por una mujer. De cada 100 hogares de jefe mujer, 36 tienen al menos un integrante de 60 años y más, 32 tienen como jefe a una adulta mayor. En cambio, de los hogares con un varón al frente, 22.8 cuentan con adultos mayores, 19.1 tienen jefe de 60 años y más. Cabe destacar que los hogares integrados únicamente por población dependiente, es decir, sólo con adultos mayores, pueden ser más vulnerables ante situaciones de enfermedad, crisis económicas, fenómenos climáticos, inseguridad, etc. (INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), 2011).

En el caso de Querétaro de Arteaga el porcentaje de habitantes en zonas rurales corresponde al 30%, dato con el cual se establece la pauta de que en el estado existen 106 comunidades con menos de 2,500 habitantes, es decir rurales, de las cuales, cuatro de 10 municipios son completamente rurales; sin embargo 2 son los municipios que presentan un alto volumen de población: Pinal de Amoles y Huimilpan. En tanto que 109 comunidades cuentan con 2,500 a 14,999 habitantes (rurales ampliadas y urbanas) y 220 con más de 15 000 habitantes (urbanas), esta última cifra representa el 70% restante de la población queretana (Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, 2010-2015).

En este sentido, El Universal en el 2010 publica una nota sobre la duplicación de los adultos mayores en Querétaro que para ese año refería el 7.2% de la población total queretana perteneciente a adultos mayores y cuyo porcentaje se duplicará en 20 años más. Admitamos por el momento que la atención de Enfermería brindada en las comunidades rurales del estado deriva de las cifras emitidas por el INEGI a través de Milenio en el 2012, donde muestra un panorama nacional que indica la existencia de 302 mil Enfermeras en el país, de las cuales 7 de cada 10 se encuentran en localidades y de esta cifra el 10% se establece en área rural; en contraste con los 30 millones de adultos mayores que se estiman para el 2050 y cuya cifra es sinónimo de demanda y calidad en la atención (INEGI, 2012).

Por consiguiente, la comunidad rural es un excelente escenario de estudio ya que contiene diversas características para la investigación, en este caso, se muestra cómo el contexto de vida y asentamiento de la vivienda del adulto mayor, constituye el entorno físico inmediato donde desarrollan gran parte de su vida los adultos mayores, proyectada en un espacio que otorga suficiente protección, privacidad y comodidad, así como localización y tenencia que proporcione al adulto mayor la seguridad sobre su disponibilidad presente y futura. No obstante, en cuanto a la accesibilidad a los servicios básicos el contraste más significativo está asociado con el tamaño de la localidad y la escasa cobertura de servicios sanitarios, un claro ejemplo es el monto alto de viviendas con piso de tierra (INEGI, 2005).

Finalmente, la descripción de los conceptos anteriores y la estadística brevemente proporcionada dan cabida al presente estudio que, enfocado al adulto mayor de la comunidad rural, aprehende como respaldo teórico, en primera instancia, la Teoría de la Adaptación de Callista Roy propuesta en 1960 y en segundo instante, la fenomenología interpretativa o hermenéutica diseñada por Heidegger en 1927 en la cual describe a una persona como un ser para quien las cosas tienen un significado. Este teórico ve a la persona como un ser interpretativo (Castillo, 2000).

Por su parte, la Teoría de la Adaptación define a la persona como un sistema adaptativo y a la adaptación como un proceso vital que ocurre como resultado de la constante interacción del adulto mayor con el ambiente. Aunado a ello, Roy propone cuatro formas de comportamiento a los que denomina “modos adaptativos” que surgen como respuesta de la interacción con el ambiente y constituyen el modo fisiológico, modo de interdependencia, modo de función del rol y el modo de autoconcepto (Roy & Andrews, 1999).

Siendo congruentes con este planteamiento, el presente estudio está dirigido a describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto del adulto mayor (AM en lo sucesivo) a partir de las experiencias vividas, lo que permitirá abrir un panorama que ayude a comprender el proceso de envejecimiento desde la Teoría de la Adaptación; ya que de alguna manera el conocimiento del modo de autoconcepto parece ser superfluo al personal de salud y a la sociedad en general, ignorando que diversos estímulos como la tecnología, la distancia, el contexto, los recursos y la ideología de la comunidad ejercen un efecto directo en la adaptación que tiene el AM en su autoconcepto y es en esta etapa de senectud donde ocurren cambios determinantes y donde las experiencias constituyen un importante proceso vivencial.

1.1 Acercamiento con el problema a desarrollar

En muchos países en desarrollo, la rapidez con que se producen los cambios sociales y económicos ha contribuido a debilitar y, a menudo, a destruir las redes familiares y comunitarias que en otra época habían servido de apoyo a los AM (Torres, Urdangarín y Carrillo, 1991; citado por Varela, 2008).

Al mismo tiempo, las actuales tendencias demográficas reflejan que la reproducción está cada vez más cercana al reemplazo generacional, es decir, se percibe una reducción de los grupos de menor edad y un aumento de los grupos mayores, aspecto que expresa un gradual proceso de envejecimiento de la población, como consecuencia de una mayor sobrevivencia en edades mayores y el descenso de la fecundidad (INEGI, 2010).

En el año 2006 casi 500 millones de personas en el mundo tenían 65 años y más. Al respecto, Europa y Japón son los países líderes, seguidos por América del Norte, Australia y Nueva Zelanda. Sin embargo, el incremento más rápido de adultos mayores está ocurriendo en los países en vías de desarrollo, donde se estima que para el año 2030 se incrementará en un 140% (Francke, 2008). Asimismo, se prevé que para ese año se alcanzará el billón de adultos mayores en el mundo; esto es, uno de cada ocho habitantes del planeta será adulto mayor.

Según datos del National Institute on Aging y el National Institute of Health (National Institute on Aging, 2007; citado por Francke, 2008) son nueve las tendencias emergentes del envejecimiento mundial: una población envejecida, el aumento de la esperanza de vida, el creciente número de personas realmente viejas (de 85 años y más), el aumento de enfermedades crónicas, el envejecimiento y descenso de la población, la cambiante estructura familiar, el cambio en los modelos de trabajo y jubilación, la evolución de los sistemas de seguridad social y los nuevos desafíos económicos emergentes.

Al respecto, la estadística proporcionada por la Organización Mundial de la Salud en el 2012 menciona que por primera vez habrá más personas mayores de 65

años que menores de 5 en el mundo. Esto ocurrirá en 5 años, según lo calculo la OMS (2012). Dicho de otra manera, la caída de la mortalidad general, el incremento de la esperanza de vida y la declinación de la natalidad, han dado origen a un proceso de envejecimiento poblacional. De acuerdo con el Programa de Acción Específico de México (2007-2012) se esperaba que para el año 2010 el número de adultos mayores fuera de siete millones, para el 2030 se estiman 17 millones y para el 2050 se espera tener 32 millones de adultos mayores, lo que representa un fuerte reto para el sistema de salud a nivel nacional, en cuanto a demanda y calidad requerida que generará este grupo subpoblacional.

Como se mencionó anteriormente, este proceso de envejecimiento además se producirá de manera más acelerada en países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. A la población de adultos mayores de los países de Europa Occidental les tomó alrededor de 100 años pasar de concentrar 12% de la población a concentrar 20%; en el caso de México le tomará solamente 30 años (2020 a 2050) (Frenk, 2008).

Así mismo, en México existe un total de 109 610 millones de habitantes cuyo indicador de la esperanza de vida en el 2010 fue de 77 años para mujeres y 71 para hombres; ahora en 2013, permaneció casi igual para mujeres, pero se ubicó en 72 años para los hombres (INEGI, 2013). Simultáneamente, el 9% de la población mexicana corresponde a mayores de 60 años (ocho de cada cien mexicanos son AM) y el 70% de esos AM vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social, con mayor desprotección y vulnerabilidad en comparación con otros grupos poblacionales. Estos cambios demográficos representan importantes retos, debido a que el gobierno mexicano no ha desarrollado ni la infraestructura necesaria, ni la capacidad humana para atender las demandas y garantizar el bienestar de los adultos mayores (Pelcastre, Trreviño, González y Márquez, 2011).

El problema radica en que por primera vez en la historia de la humanidad habrá una gran cantidad de adultos mayores en el mundo y este fenómeno se traduce en fuertes retos para el sistema de salud.

En este orden de ideas, la fenomenología interpretativa como método de investigación cualitativa, permite analizar las experiencias vividas en el modo de autoconcepto del AM, para ampliar el campo de conocimiento en cuanto a Enfermería Geriátrica se refiere, a través de la corriente hermenéutica y de la investigación cualitativa, tomando como soporte una de las teorías de Enfermería con gran trascendencia actualmente, la Teoría de la Adaptación.

Con todos los elementos que anteriormente se describen se genera una inquietud en mi trayectoria profesional y de investigación por descubrir: ¿Cómo han sido las experiencias vividas por el AM respecto a su modo de autoconcepto?

1.2 Justificación del problema

El aumento de la expectativa de vida implica el desafío de adaptarse a los diferentes cambios propios de la edad avanzada y enfrentar experiencias de pérdidas tales como viudez, jubilación, disminución en la participación social y mayor vulnerabilidad (Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004; Molina y Meléndez, 2006; Prieto, Fernández, Rojo, Lardiés, Rodríguez y Ahmed, 2008 citado por Vivaldi y Barra, 2012). Es por ello que se requiere capital humano, social y económico en la construcción del envejecimiento, se requiere fortalecer la solidaridad entre los entornos más próximos, la familia y la comunidad (Varela, 2008).

En concordancia, las buenas condiciones de vida determinadas por el contexto, la familia y las adecuadas circunstancias y percepciones que genere el adulto mayor sobre sí mismo ocasionan un elevado bienestar subjetivo a través de un proceso cognitivo que compara aspiraciones con percepciones y se conceptualiza en términos de satisfacción con la vida como respuesta emocional al adaptarse al entorno (Barros y Herrera, 2003).

En este sentido, Barros y Herrera (2003), determinaron que el apoyo social consiste en preocuparse porque el adulto mayor no falle, es darle valor y confianza,

es asistirlo para que enfrente mejor su situación a través del intercambio de experiencias, expresión de emociones y recepción de comprensión, afecto, consuelo y aliento; asistir con cuidados, bienes y servicios que pudiera requerir.

Dicho concepto nos permite entender que la problemática universal a la cual estamos predispuestos en cuanto a la inversión poblacional con el aumento en la cifra de adultos mayores, puede ser manipulada por la sociedad de manera óptima y adecuada ya que el AM logra la adaptación en su modo de autoconcepto a través de las experiencias vividas y la apreciación subjetiva de sentirse satisfecho o hallarse bien. Para lograr esta adaptación, diversos factores asociados al bienestar en el modo de autoconcepto interactúan a través de la experiencia corporal física, subjetiva y la integración de las creencias, valores y el libre ideal del AM.

Pero no sólo es necesario contar con estos aspectos, también deberá existir el apoyo social que fortalezca la capacidad del adulto mayor de enfrentar de forma efectiva las demandas de la vida al sentirse respaldado, confiado, seguro y sobrellevar sus dificultades y limitaciones (Sordo, 2007). Al mismo tiempo, es importante tener conocimiento sobre el fenómeno social y las estrategias para enfrentarlo.

Esta investigación ofrece una de ellas: comprender el modo de autoconcepto del adulto mayor de la comunidad rural a partir del conocimiento, descripción y análisis de las experiencias vividas, ya que no puede ser interpretado y conocido únicamente por una ciencia basada en la recolección o medición y verificación de datos brutos. De acuerdo con Castillo (2000) la persona no puede ser tratada científicamente en la misma forma en que se trata al ser biológico, ignorando que las personas son constituidas y moldeadas por la cultura, el lenguaje y la comunidad en la que vive.

En este sentido, Pavan (2011) menciona que la fenomenología es una vía de acceso para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería fortaleciendo al cliente y tomando en cuenta que la Enfermería abstrae la satisfacción de las

necesidades humanas básicas así como la promoción de un cuidado que trascienda la enfermedad y pueda articularse a la existencia de los sujetos (Pavan, 2011).

En cuanto a la adaptación, Balderas (2009) ofrece un concepto de la intervención de enfermería en el que menciona que esta actividad puede cambiar el curso de los acontecimientos ya que actúa como fuerza reguladora externa para modificar los estímulos que afectan la adaptación siendo el objetivo de la atención de enfermería apoyar y promover la adaptación del paciente para conseguir su bienestar; para lograrlo, la práctica de enfermería debe consistir en el apoyo al adulto mayor para que se adapte, tomando en cuenta los estímulos presentes en su entorno (Balderas, 2009).

Con sano criterio, la investigación cualitativa y el abordaje fenomenológico pueden proporcionar recursos para que sean aprendidas nuevas maneras de mirar al adulto mayor, así como para la vida cotidiana de los lazos que se han establecido actualmente en la dinámica dentro y fuera del hospital (Pavan, 2011).

De lo anteriormente planteado surge el impacto de los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales, permitirán en primera instancia y como la premisa del proyecto indica, describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas por el AM que repercuten en la adaptación. En segunda instancia, el actual proyecto funge como aliciente generador de una crítica, desde el punto de vista científico, para entender el fenómeno de inversión en la pirámide poblacional desde la visión del actor principal, el adulto mayor. Aunado a ello, se vislumbra la contribución al conocimiento mediante el abordaje de la Teoría de la Adaptación a través de una metodología cualitativa.

Conviene señalar que se realizará la difusión de los resultados que permita concientizar en los profesionales de Enfermería la importancia de identificar las redes de significados culturales que el adulto mayor atribuye a la salud y a lo que gira en torno a ello.

En este sentido, la profesión de Enfermería aprenderá de aquellos que viven la experiencia del envejecimiento, considerando que el AM es el único que puede

relatar la vivencia, logrando un punto de vista sobre el adulto mayor y la práctica de la salud, dando lugar a un nuevo conocimiento reflejado en la calidad de la atención que, sin paradoja, pueda fijar la pauta para investigar el impacto que lograría a nivel de las instituciones.

1.3 Premisas

1.3.1 General

Describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas, observando un contexto real e identificado los factores que intervienen en la adaptación y que permitan interpretar el fenómeno de envejecimiento.

1.3.2 Específicas

Conocer las experiencias de vida del adulto mayor que reside en la comunidad rural.

Describir el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas.

Comprender el fenómeno del envejecimiento a través del modo de autoconcepto y a partir de las redes de significados culturales.

1.4 Supuesto

Las experiencias vividas por el adulto mayor influyen en el modo adaptativo de autoconcepto.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy

La teoría de la Adaptación de Roy, se encuentra fundamentada teóricamente en los supuestos científicos y filosóficos de Von Bertalanffy cuyo planteamiento realizado en 1968 se centra en la “Teoría general de sistemas” y de Helson de la “adaptación a nivel de sistemas” propuesta en 1964. Callista Roy plantea el modelo de Adaptación en 1960, donde hace referencia al proceso adaptativo por el cual cursa el individuo a medida que entra en contacto con su ambiente (Roy, 1999).

Roy identifica en el ser humano las capacidades de adaptación, al no actuar de manera aislada sino en constante interacción con su medio. Tras su experiencia como enfermera pediátrica, Roy observó la gran capacidad de recuperación y adaptación a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. El asombro por la capacidad adaptativa fue tal que lo consideró como marco conceptual adecuado para la Enfermería, cuyo objetivo era mejorar los procesos de la vida a través de la adaptación (Marriner & Rayle, 2008).

A continuación, se describirá cómo esta teórica aborda los conceptos básicos de la teoría de la Adaptación:

Adaptación

La adaptación comienza cuando hay un estímulo y este exige una respuesta. Es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental (Roy citado por Díaz, Duran, Gallego, Gómez y González, 2002).

Persona

La teoría de la Adaptación de Callista Roy hace énfasis en el proceso de adaptación que vive continuamente una persona a la cual describe como un sistema adaptativo, es decir, que reacciona ante estímulos externos para adecuarse a las circunstancias del medio.

Para Roy la persona es un ser biopsicosocial que está en constante interacción con un entorno cambiante; al afrontar este mundo, la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos cuyo origen es de la naturaleza humana. Por lo tanto, la adaptación está en función de la habilidad personal para adaptarse, según el grado en que las personas están expuestas a las fuerzas ambientales (Balderas, 2009).

Ambiente

Fernández (n/d) refiere al ambiente todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de las personas y los grupos. Por lo tanto, un entorno cambiante estimula la respuesta de adaptación. En este sentido, se reconocen los factores del entorno que influyen en la persona, los cuales se clasifican en estímulos: focales, contextuales y residuales.

Estímulos

Definidos como factores (de entrada) en el sistema humano y que provocan una respuesta, los estímulos constituyen el punto de interacción del individuo con el medio ambiente y por lo tanto tienen un efecto directo sobre el comportamiento de afrontamiento situacional.

Dichos estímulos determinan la adaptación, aquellos que inmediatamente enfrenta el sistema humano se denominan estímulos focales. Todos los demás estímulos presentes que se pueden identificar como influyentes en la situación están llamados estímulos contextuales. El resto de los estímulos son los que

pueden influir en el nivel de adaptación, cuyo efecto no ha sido confirmado, estos se denominan estímulos residuales (Balderas, 2009).

Comportamiento

Se refiere a las conductas de las personas y se divide en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan la retroacción del sistema (Orta, Vázquez, Ponce, Nieto y Palco, 2001).

Niveles de Adaptación

El nivel de adaptación comprende una zona que indica un rango de estimulación para que la respuesta sea positiva. Si el estímulo está dentro de esa zona, la persona responde positivamente, pero si el estímulo está fuera de esa zona, la persona no puede responder positivamente (Morán y Mendoza, 1993):

- Integrado: describe las estructuras y funciones de la vida como un proceso conjunto para satisfacer las necesidades humanas.
- Compensatorio: en este nivel de adaptación el regulador y cognador se han activado por un desafío a los procesos integrados.
- Comprometido: ocurre cuando ambos niveles de adaptación (integrado y compensatorio) resultan insuficientes y por ende aparece un problema adaptativo.

El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona (Díaz *et al.*, 2002).

Modos Adaptativos

Representan categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

Modo Fisiológico

En este modo existen siete necesidades, primero, son necesarios el ejercicio y descanso, los excesos o deficiencias en esta área pueden producir inmovilidad, hiperactividad, fatiga o insomnio; la segunda necesidad es la nutrición, los problemas potenciales incluyen desnutrición, náusea y vómito; las necesidades de eliminación están en tercer lugar, puede haber problemas de retención, hiperexcreción, constipación, diarrea e incontinencia; la cuarta necesidad es el líquido y los electrolitos, los excesos o deficiencias causan deshidratación, edema y desequilibrio hidroelectrolítico; la quinta necesidad, el oxígeno, si no se logra puede conducir a isquemia o fatiga: la circulación sanguínea es la sexta necesidad y los problemas incluyen el choque o la sobrecarga; la última necesidad es la regulación de la temperatura, los sentidos y el sistema endocrino. Los problemas de esta área pueden presentarse como fiebre o hipotermia, carencia o sobrecarga sensorial y desequilibrio endócrino (Griffith, 1993).

Modo de Función del Rol.

Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular) (Orta *et al.*, 2001).

Modo de Interdependencia.

Es definido como las relaciones íntimas de las personas dirigidas a satisfacer necesidades de afecto, desarrollo y recursos para que alcancen integridad relacional. En el grupo, la interdependencia se muestra por la necesidad de alcanzar esa integridad, al usar los procesos de desarrollo y adecuación de los recursos, por medio de aprendizaje y maduración de relaciones, creando

condiciones para satisfacer las necesidades básicas más elementales con la cooperación de otros (Villaní, Leite y Venícios, 2006). Este modo tiene como componentes el contexto, la infraestructura y el pueblo.

Modo de Auto concepto

En este modo las conductas se enfocan sobre aspectos psicológicos, espirituales, de sentimientos y creencias que una persona tiene acerca de sí misma en un tiempo determinado (Lazcano y Salazar, 2009).

Puesto que este trabajo busca enfatizar el modo de autoconcepto, a continuación se describirá detalladamente haciendo referencia a la 3° edición de la obra de Callista Roy: "The Roy Adaptation Model" (2009).

2.1.1 Modo de autoconcepto

Definido por Roy como el conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene sobre sí misma en un momento dado, está ideado para la necesidad de integridad psíquica y espiritual. Sus componentes son:

El Yo físico expresado como "Modo auto" que incluye la sensación del cuerpo y la imagen corporal.

El Yo personal denominado "Autorrealización personal" integrado por coherencia, libre ideal y moral-ético-espiritual libre.

La sensación corporal será entonces el ¿Cómo se siente y experimenta el adulto mayor el ser físico? Y la imagen corporal responderá a la cuestión ¿Cómo se ve el adulto mayor a sí mismo físicamente y desde el punto de vista de su apariencia personal?

El componente que engloba la personalidad y que Roy define como la evaluación individual de las propias características, expectativas, valores y el valor, incluida la autorregulación, coherencia, libre ideal y la moral-ética-espiritual

libre y a la personalidad física, la determina como la evaluación de la persona del propio ser físico, incluye los atributos físicos, el funcionamiento, la sexualidad, la salud y la enfermedad, los estados y el aspecto e incluye los componentes de la sensación del cuerpo y la imagen corporal. La auto coherencia se refiere a la parte de la personalidad de los componentes que se esfuerza por mantener una auto-organización y para evitar un desequilibrio, un sistema organizado de ideas acerca de sí mismo.

El libre ideal será aquel aspecto de la autonomía personal de los componentes que se refiere a lo que la persona desea ser o es capaz de hacer. La moral ética-espiritual-libre se refiere al aspecto de la autorrealización personal que incluye un sistema de creencias. Esta necesidad básica consta de tres componentes: afectiva suficiencia, adecuación del desarrollo y la adecuación de recursos.

Por lo tanto, el modo de autoconcepto se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica de este modo ha sido identificada como la integridad psíquica y espiritual de la necesidad de saber quién es uno de modo que uno puede ser o existir con un sentido de unidad.

El autoconcepto implica la estabilidad en la autoevaluación a través del tiempo y la coherencia organizacional de sí mismo. El enfoque involucra un proceso de toma de conciencia de que uno es y de su lugar como una persona es entre otras de la sociedad. El concepto de auto-coherencia es importante por constituir el resultado de la integridad mediante la interacción de la persona con su medio ambiente.

El autoestima es un aspecto dominante del autoconcepto y se relaciona con el valor que la persona tiene de sí misma. A través de una lucha por la auto-organización, la persona evita el desequilibrio y el malestar.

Según Roy, los individuos empiezan a pensar ensí mismos con base en lo que los otros opinan, por lo tanto, el autoestima se considera como el aspecto

dominante de la autorrealización personal, componente que se relaciona con el valor de la persona acerca de la autoevaluación.

Por lo anterior, el adulto mayor determinará el modo de autoconcepto con base en la interacción con el entorno y las experiencias vividas; su auto coherencia, libre ideal y ética moral espiritual, serán la base para que pueda determinarse y elegir el comportamiento que ha de tomar. Su condición física y percepción de autoimagen serán la verbalización del nivel adaptativo de los aspectos de lo personal; y es a través de la observación del comportamiento que se podrá inferir el modo adaptativo del adulto mayor. La interacción recíproca entre el físico y el personal en conjunción, determinarán al adulto mayor y su integridad en este modo adaptativo.

2.2 Adulto mayor

La conceptualización del envejecimiento como proceso que se inicia con el nacimiento es dinámica, concibe al sujeto en actividad y toma en cuenta la trascendencia de la historia que en el proceso vital se construye, deconstruye y reconstruye, configurando las relaciones y estructuras sociales (Varela, 2008).

Es por esto que, una vida larga es signo de buena salud, lo anterior de acuerdo con la OMS (2008). Conforme los individuos de una especie incrementan su edad, éstos tienden a presentar una disminución en la totalidad de sus funciones desde el nivel multisistémico al nivel molecular, su fertilidad disminuye y la mortalidad aumenta. Esto es lo que se denomina envejecimiento (Lugo, 2010).

El envejecimiento, también, puede definirse como un fenómeno multifactorial que en sistemas biológicos se caracteriza por la pérdida progresiva de la homeostasis debido a la reducción de sus capacidades adaptativas ante diversos estímulos, ya sean intrínsecos o extrínsecos. De acuerdo a la Secretaria de Salud y al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM, 2010) el

envejecimiento es un proceso dependiente del tiempo, que tiene repercusiones desde el nivel celular hasta el sistémico.

El envejecimiento humano puede ser entendido como un proceso universal, dinámico e irreversible que está influenciado por factores biológicos, sociales, psicológicos y ambientales (Firpo, Cozzensa y Curi, 2009).

Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso que acompaña a la persona durante toda la vida y en consecuencia se interpreta subjetivamente, se representa por el tiempo y los cambios que a través de él ocurren socialmente y que varían con la época (Graefe, Van y Lesenich, 2011).

Allevato y Garivia (2008) postulan el envejecimiento como fenómeno multifactorial que afecta todos los niveles de la organización biológica y ocurre a consecuencia de la interacción del individuo con su medio ambiente, es decir, la forma de envejecer depende de la vida que ha llevado la persona.

Actualmente, existen diversas situaciones que afectan a los ancianos (especialmente de salud mental) como son la depresión y la demencia, situaciones que incapacitan al adulto mayor debido a que lo llevan a la pérdida de la independencia y casi inevitablemente, la pérdida de autonomía (Bertoldo, Justino, Luiz y Takase, 2008).

Por lo anterior, teniendo definido el concepto de envejecimiento y de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 167, se considera como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad o más (Norma Oficial Mexicana 167, 1997).

Siguiendo este planteamiento, la condición de envejecimiento de las personas se caracteriza por lo singular y la interacción con el entorno (familia y sociedad). De esta manera, va a depender del género, de la edad biológica y cronológica, del auto cuidado, la historia de vida, la condición de salud y también de la situación socioeconómica, cultural, educativa y socio familiar de cada persona (CONAPAM, 2010).

Así mismo, el proceso perceptivo en el anciano se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera (Chong, 2012).

Por consiguiente, diversos estímulos (en cuanto a modos adaptativos se refiere) condicionan el proceso del envejecimiento.

Respecto al modo fisiológico, entre las deficiencias que vienen con el avance de edad cronológica está la discapacidad, que se caracteriza como cualquier limitación en la realización de una actividad dentro del rango que se considera normal para la vida humana (Firpo et al., 2009). En este sentido, el proceso de envejecimiento se manifiesta en los sistemas orgánicos de la siguiente forma:

Composición corporal:

- Disminución en la masa corporal y agua corporal total.
- Disminución de masa ósea.
- Atrofia de piel secundaria a disminución de melanocitos. Estos cambios se hacen evidentes a través de arrugas, laxitud cutánea, palidez, manchas y pérdida de vello.

Sentidos.

- Vista: con alteración a nivel de retina, que supone una disminución de la agudeza visual, presbicia, alta incidencia de cataratas.
- Presbiacusia y alteración del equilibrio: por disminución de la función de células sensoriales.
- Las papilas gustativas y sensoriales olfatorias disminuyen, modificación que condiciona menor satisfacción con los alimentos.

Locomotor

- La marcha sufre un cambio importante debido a pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales.
- Disminución del tono muscular.
- Disminuye la velocidad de la respuesta refleja.

Sistemas:

- Nervioso: confusión mental, lentitud de movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, tics o temblor senil; respuestas secundarias a pérdida neuronal variable, disminución del flujo sanguíneo cerebral, las conexiones interneuronales, los neurotransmisores y velocidad de conducción nerviosa y reflejos.
- Cardiovascular: disminución de células miocárdicas, disminuye la actividad del marcapasos y la velocidad de conducción de los impulsos. Esta situación determina una disminución de la reserva cardíaca y respuesta escasa a situaciones de estrés.
- A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan con frecuencia calcio y grasa.
- Respiratorio: disminución de la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios. Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones.
- Digestivo: disminuye la producción de saliva, pérdida de piezas dentarias, lo que contribuye a masticación deficiente. Disminuye el peristaltismo a lo largo del tubo digestivo con consecuentes problemas de tránsito intestinal.
- Génito-urinario: disminuye el peso y volumen de los riñones. La capacidad de la vejiga urinaria disminuye. En el hombre el aumento de tamaño de la próstata y debilidad muscular en periné. En mujeres, existe aparición de alteraciones como incontinencia, retención urinaria o aparición de infecciones recidivantes.

- Endócrino: disminución en la producción de hormonas y menor respuesta a su acción.
- Inmunitario y hematológico: disminuye la función inmunológica y por ende aumenta la propensión a infecciones.

Hasta este punto se aborda lo concerniente al modo fisiológico y cuya descripción ha sido claramente presentada. Ahora conviene referirnos al modo de función del rol.

Al respecto, cabe indicar que la necesidad básica en que se basa la función del rol es la relación recíproca entre la sociedad y la persona, de este proceso se desglosa el rol primordial, cuya función es asignada de acuerdo a la edad, sexo, grado de desarrollo y a través de ello se determinan las conductas realizadas por el AM durante el envejecimiento, proceso en el que se identifica la disminución de la actividad motriz a nivel cognitivo, lo cual hace difícil la comprensión y solución de situaciones problemáticas, disminuye notablemente la memoria y los problemas abstractos son difíciles de comprender (Roy, 1999).

El Rol secundario es un papel que asume el AM para completar las tareas y que durante la senectud se expresan a través de las pérdidas que son la vivencia de sentir que ya no se tiene algo importante: un objeto, una actividad, un rol, habilidades, disminución de funciones; esto se acentúa sobre todo con la jubilación o cese de la actividad, soledad e inutilidad (CONAPAM, 2010).

El Rol terciario se expresa como un papel que es elegido libremente por el AM, de carácter temporal y a menudo está asociado con la realización de una tarea menor, de ahí los cambios (roles) sociales que se experimentan tanto en lo familiar, como en el ámbito social, con ellos se pierde el poder, la influencia, y puede darse una baja en la autoestima. La familia puede incidir favorable o desfavorablemente en estos cambios (CONAPAM, 2010).

En otro orden de ideas, el modo de interdependencia surge en un constante proceso de dar y recibir amor, el adulto mayor utiliza el proceso cognador para percibir la respuesta y obtener el comportamiento esperado por

parte de su familia; es común que estará esperando afecto y aceptación por parte de sus seres queridos, con ellos la solidaridad y consolidación de valores y el apoyo para la satisfacción de necesidades, que son de marcada importancia. Es lógico que la respuesta que está recibiendo por parte de otras personas, cuando él ya proporcionó afecto, lo motiven y mantengan en un estado de bienestar psicosocial que dará la pauta para evitar procesos depresivos que puedan ser somatizados y repercutir en la salud física del adulto mayor (CONAPAM, 2010).

Finalmente, haciendo referencia al modo de autoconcepto, no existe una personalidad característica de la vejez, sino que va a estar determinada por los rasgos de la vida adulta. Una vez que una persona alcanza la edad adulta, los mensajes importantes que otros han dado en relación con una persona de valor personal se han incorporado en el autoconcepto. En ocasiones se acentúan los rasgos previos. Las relaciones se hacen más egocéntricas y la inseguridad conduce a la dependencia. Se tiende a una mayor rigidez, a una menor flexibilidad. Pueden utilizarse mecanismos de defensa más rígidos como la negación, la proyección o la regresión (Ugalde, 2010).

El adulto mayor incrementa el interés de sí mismo, toma el pasado como referencia principal. Se almacenan cosas en un intento de asegurar el futuro. El AM se resiste al cambio, quiere vivir de su pasado, no le emociona la novedad (Ugalde, 2010).

Cabe señalar que el envejecimiento se manifiesta de manera diferente en cada individuo y está condicionado por la manera en que el AM se adapta a los cambios que ha de experimentar en este ciclo; factores como apoyo familiar, sociedad, ambiente y autoconcepto tienen relevante importancia, ya que de ellos dependerá la manera en que la persona se comporta y aborda esta etapa de su vida.

2.3 Medio rural y urbano

El proceso de envejecimiento puede darse bajo condiciones de bienestar o no, de acuerdo con distintas condiciones donde tienen injerencia tanto lo biológico y lo psicológico y la capacidad de afrontamiento o respuesta a la realidad, como el apoyo social y familiar, la adherencia al autocuidado y las opciones que el medio social y estatal les brindan a los sujetos. Este proceso se enmarca en el contexto cultural y el momento histórico, lo que se traduce para los adultos mayores en diferentes condiciones de valoración social, disfrute de reconocimientos o exclusiones (Krug, 2003 citado por Varela, 2008).

Ahora bien, las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal (Martínez, 1999 citado por Varela, 2008).

Por lo tanto, el ambiente sociocultural que rodea a las personas, incide en la forma en que se envejece de tal manera que determina el estilo de vida como una conducta relacionada con la salud y que Reyes, Sotomayor y González (2007) refieren a las actividades discrecionales con impacto significativo en el estado de salud que forman parte regular de un patrón diario de vida.

Contextualizando, en el estado de Querétaro existe un crecimiento de la mancha urbana y de los procesos de urbanización y metropolización acelerados debido al incremento industrial y al índice poblacional que demandan el aumento de viviendas que conlleva a un deterioro ambiental; este fenómeno ha producido disminución de las zonas rurales y a su vez, obliga a las comunidades rurales a adaptarse a un cambio de estilo de vida para adquirir nuevas acciones determinadas por la exigencia social a través de los medios que proporciona la urbanización (INEGI, 2010).

En este sentido, el adulto mayor como actor en una variedad de contextos sociales, construye nuevos significados para la vida a través de su capacidad funcional y su necesidad de autonomía (la cual se ve acentuada). El escenario

entonces se vuelve más complejo cuando se observa que, simultáneamente con la falta de recursos, requiere un mayor y eficaz nivel de adaptación hacia su contexto -el cual no se modifica, sigue siendo del mismo- y es entonces el adulto mayor quien enfrentará un proceso adaptativo más riguroso (Veras, 2009).

Habría que decir también que la vida en la comunidad rural supone un ambiente tranquilo, relajado, en constante contacto con la naturaleza. El adulto mayor seguramente tuvo que dedicarse a la cría de animales o a la cosecha. Los horarios de trabajo se acomodan a las tareas a realizar y al clima. Los habitantes de la comunidad rural se adaptan a las condiciones de vida y a los medios disponibles (CEPAL, 2006).

En México, los AM que habitan en comunidades rurales se caracterizan, generalmente, por tener viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, además de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica. Estas condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitada accesibilidad a servicios básicos se agudizan en la vejez (Bojorquez, González, Jáuregui, Maldonado, Márquez *et al.*, 2006).

En contraste, el contexto urbano está relacionado directamente con la constante interacción con las nuevas tecnologías, ajuste de horarios, vida activa. Se pierde el contacto con la naturaleza y la tranquilidad pasa a segundo plano. Es por ello, que el estado de salud del AM determina la capacidad física y mental para la realización de actividades de la vida diaria (Reyes, Sotomayor y González, 2007).

Por dichas razones, el envejecimiento en un contexto saludable es importante para que las personas mayores mantengan sus capacidades físicas y mentales necesarias para una vida independiente y autónoma que no impida la toma de decisiones respecto a los intereses del AM y así mantenga su autodeterminación e independencia (Veras, 2009)

2.4 Estudios relacionados

Acosta Quiroz en el 2010 presenta su estudio “Actividades de la vida diaria en los adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales” en el cual diseñó un método cualitativo en grupos focales de “Eterna Juventud” residentes del Estado de México. Se hará énfasis en las actividades que Acosta Quiroz concluye en su muestra y las que el presente estudio ha encontrado en los Adultos mayores de la comunidad rural ampliada en la discusión de la primera categoría correspondiente a Experiencias de vida.

En este sentido, Varela Londoño en el 2008 describe algunas de las percepciones sobre el envejecimiento para generar la Investigación “Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores” que permitió develar la percepción que tiene el adulto mayor ante el proceso de envejecimiento y lo cual permite contrastar el modo de autoconcepto de los adultos mayores de este estudio.

Por otra parte, Pelcastre, Treviño, González y Márquez en el 2011 demuestran en su Investigación “Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México” las condiciones de vida, percepción de la salud y de las necesidades existentes en ocho grupos focales pertenecientes a cuatro regiones del país, con ello, se discute la categoría modo auto y autorrealización personal para detallar y fortalecer el presente estudio.

“Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor” es una investigación realizada por Chong en el 2012 que nos muestra el envejecimiento como resultado de la interacción de diversos factores biopsicosociales y cuya discusión estuvo enfocada hacia el reforzamiento de la fase informativa de nuestro estudio, ya que nos brinda un fuerte sustento para justificar la importancia de abordar el proceso salud-enfermedad en el anciano, con una concepción holística (Chong, 2012).

En este sentido, Chong (2012) establece que la falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto, tales como causas genéticas, agresiones de la vida moderna, estrés y sedentarismo, por mencionar algunas.

García, Musitu y Veiga realizaron en 2006 un estudio titulado “Autoconcepto en adultos de España y Portugal” cuya metodología permitió determinar esta variable que concuerda con la que actualmente presenta la autora y cuyo proceso da cabida a la discusión metodológica respecto a la categoría modo auto que se muestra en los resultados de esta investigación.

En este orden de ideas, Vivaldi y Barra en el 2012 publicaron el estudio “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en Adultos Mayores” en una comunidad de Chile, los resultados que estos investigadores obtuvieron van acorde a la discusión categórica de autorrealización personal que se detalla más adelante.

Cabe señalar que existe dentro del acervo de referencias y estudios relacionados un artículo que particularmente ha parecido interesante discutir en la categoría de autorrealización personal ya que la muestra de AM expresa en diversos momentos el bien morir como su principal objetivo de vida. Este estudio lleva por nombre “El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México” (Hernández, Ramírez, Rodríguez, Sánchez, Desanilla y Campos, 2011).

Por su parte, Francke *et al.* (2008) en su trabajo “El sentido de la vida y el adulto mayor en el área metropolitana de Monterrey” nos permite realizar una discusión a fondo en la categoría autorrealización personal mostrando así un debate entre marcos metodológicos y resultados obtenidos.

Para Vera, Laborín, Domínguez, Parra y Padilla (2009) abordar “Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del Norte de México” permite comparar el vínculo entre las variables que estos autores abordan

para discutir la categoría autoconcepto de este estudio y que se detalla en el apartado de “Resultados y discusión”.

Por último, respecto al vínculo entre el grupo etario del adulto mayor y el abordaje de la Teoría de la Adaptación; Santa Cruz Villoslaba en 2013 expone su Tesis de pregrado “Proceso de Adaptación de los adultos mayores al ingreso en el asilo de ancianos” en la cual describe y analiza, mediante un método cualitativo, el proceso de adaptación en ocho adultos mayores y cuyos resultados dieron paso a la discusión de este estudio para generar una nueva perspectiva del abordaje de la Teoría de la Adaptación en los adultos mayores.

III. CAMINO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño metodológico

Se trata de una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico basada en la filosofía ontológica de Heidegger (1927) y en la Teoría de la Adaptación de Callista Roy (1999).

Se eligió para esta investigación un diseño cualitativo, caracterizado porque el punto de partida para llegar a la ciencia es la realidad, lo cual implica que el investigador observa, descubre, explica y predice aquello que lo lleva a un conocimiento (Tamayo citado por Álvarez, 2003).

Como se mencionó anteriormente, la corriente utilizada en el presente estudio fue la fenomenología interpretativa cuya importancia radica en conocer la realidad humana y la esencia del ser.

Simultáneamente, el respaldo teórico lo confirió la Teoría de la Adaptación descrita con anterioridad en la revisión de la literatura.

3.2 Universo y muestra

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de la comunidad rural ampliada El Végil, Huimilpan, Querétaro. Se eligió esta comunidad por motivos de genealogía y por las características distintivas dentro del municipio de Huimilpan: el santo patrono y las festividades; aunado a ello, Huimilpan es uno de los municipios con alto volumen de población en la Entidad Federativa.

La comunidad rural El Vegil, se encuentra localizada al suroeste del estado de Querétaro, forma parte de la Sierra Queretana, se ubica a 14 km de la cabecera

municipal Huimilpan y a 30 km de la capital de estado, Santiago de Querétaro (Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Querétaro, 2008).

Históricamente, se declara como delegación en el año de 1981, edificando la sede de dicho lugar. Para el 2001 se integra a la Unión de ejidos “Corregidora Josefa Ortiz de Domínguez” (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2005).

El Vegil, de clima cálido-templado, tiene una población de 2,521 habitantes, que de acuerdo con el INEGI (2011) tiene constitución de comunidad rural ampliada; su principal actividad económica es la agricultura de riego (maíz, frijol intercalado, cebada, trigo, avena de forraje y alfalfa) y en menor grado la ganadería y la avicultura. Cuenta con los servicios básicos de agua potable, energía eléctrica, camino de acceso, educación primaria y tele-secundaria, casa de salud, canchas de fútbol y básquetbol, transporte público y servicio telefónico (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2005).

Entre los datos de interés que describen a esta comunidad se encuentra el sistema hidrológico constituido por la captación de agua de la presa que lleva el mismo nombre. El Vegil es reconocido por las celebraciones de Semana Santa y la representación de la muerte de Cristo que se realiza en vivo.

Los participantes fueron seleccionados por muestreo de determinación a criterio del investigador (Burns, 2004) según caso típico ideal (Rodríguez, 1999) y por participación voluntaria a través de consentimiento informado.

El método de recogida de datos estuvo constituido por una entrevista de acercamiento con la experiencia vivida del adulto mayor compuesta por una pregunta detonadora de expresión de sentimientos y de antecedentes (Mertens, 2005 citado por Hernández, 2010). Asimismo, la observación como técnica científica permitió contemplar detenidamente como desarrolla su vida social el AM, llevando un registro de lo ocurrido.

La muestra seleccionada estuvo constituida por cuatro adultos mayores de la comunidad que cumplieron con los criterios de selección:

Inclusión:

- Tener como mínimo 65 años de edad.
- Expresión verbal sin limitantes.
- Adulto mayor con antecedentes de haber trabajado en el campo.
- Adulto mayor con progeñie.

Los criterios de exclusión fueron determinados a criterio del investigador tomando en cuenta los factores que pudieran influir y/o afectar la sucesión y coherencia de los relatos y sobretodo, la premisa de esta investigación.

Criterios de exclusión:

Adulto mayor:

- con trastorno mental,
- con problemas en el habla,
- con discapacidad.

Eliminación

- Adulto mayor que deseó abandonar el estudio.

3.3 Material y métodos

Una vez conformado el protocolo de investigación fue sometido a revisión por el Comité de Investigación del Pregrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, quedando aprobado.

El material utilizado en esta Investigación consta de protocolo de investigación, consentimiento informado, grabador de voz, cargador o pila, cuadernillo de notas, bolígrafo, lápiz, goma, sacapuntas, bebida (a gusto del

participante), bocadillos; computadora portátil, memoria USB, software Microsoft office Word 2007.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista de acercamiento con la experiencia vivida del adulto mayor compuesta por una pregunta detonadora de expresión de sentimientos y de antecedentes.

Los instrumentos de apoyo utilizados en la manipulación de la información fueron:

- Propuesta de Análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista de Mari, Bo & Climent (2010).
- La metodología empleada en estudios fenomenológicos interpretativos propuesta por la Escuela de Enfermería de la Universidad de California.
- Análisis de contenido.

La Teoría de la Adaptación de Callista Roy constituye el respectivo sustento teórico de esta investigación y, finalmente, la fenomenología interpretativa sirvió como método de investigación al permitir analizar las experiencias cotidianas y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los adultos mayores (Castillo, 2000).

Respecto a la identificación y selección de los participantes, dado que en la investigación cualitativa el diseño de estudio es emergente a lo largo del proyecto, el acercamiento a los participantes se realizó, en primera instancia, por determinación a criterio del investigador y caso típico ideal, partiendo de una premisa: acercarse a la estructura principal de la comunidad, la capilla católica, en la cual, se solicitó informe sobre el primer sujeto de estudio: un adulto mayor con antecedentes de “fama” en la comunidad, por longevidad y actividad que realiza en el pueblo y que cumplió con los criterios de selección.

Partiendo de lo anterior, se dio paso a un muestro en cadena permitiendo que fueran los mismos participantes quienes nos llevaran al siguiente sujeto de estudio.

Cabe señalar que el consentimiento informado fue leído por la investigadora a los participantes en todos los casos. Así, se programaron dos visitas a cada sujeto cuya duración aproximada fue de 60 a 120 minutos, considerando lapsos de receso o interrupción durante la entrevista.

La secuencia fue la siguiente:

1. Se tuvo el primer acercamiento con el sujeto de estudio.
2. Se lanzó la pregunta detonadora que promovió el relato de las experiencias vividas.
3. Los participantes fueron entrevistados más de una vez por el investigador con el fin de conocer, describir y comprender su sensación, corporalidad, temporalidad y significados respecto al modo de autoconcepto.
4. Se hizo observación del comportamiento para la recolección de la información y registro de lo observado.
5. La entrevista se grabó y transcribió de manera literal para garantizar que todo lo dicho por el AM fue captado.

Cabe señalar que se abordó un análisis paralelo de interpretación y recolección de datos hasta lograr saturación de las categorías emergentes.

3.4 Plan de análisis

Teniendo como instrumento de apoyo la “Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista” de Mari, Bo & Climent (2010), se ideó la estrategia del análisis de los resultados, creando un proceso de cinco etapas que a continuación se desglosan:

1. Transcripción: la entrevista grabada con el consentimiento de los participantes se transcribió de acuerdo al esquema de sub-categorías que se abordan en esta investigación.

2. Elaboración de Unidades de significado general: que corresponde a las experiencias vividas que integran el modo de autoconcepto.
3. Elaboración de unidades de significado específico: es decir, se crearon sub-categorías del modo de autoconcepto a partir de los códigos vivos.
4. Verificación de las unidades de significado relevante: una vez obtenidas las sub categorías que aborda esta investigación, se hizo énfasis en los códigos vivos que detonaron la esencia del fenómeno estudiado.
5. Conclusión: del proceso de análisis fenomenológico que dio evidencia de las experiencias vividas por el adulto mayor en el modo de autoconcepto. Este último paso contempla los aspectos más importantes que se obtuvieron. Al mismo tiempo, se presenta la conclusión de las premisas, el supuesto y la opinión de la investigadora respecto a la investigación.

Con todo este proceso de análisis fenomenológico, la experiencia del adulto mayor fue transformada en lenguaje por él mismo y a la vez, en categorías por el investigador.

De manera puntual, la transformación de la información se realizó primero de manera superficial durante la entrevista, mediante observación y análisis; posteriormente, se realizó un análisis a profundidad cuando se completó la recolección de información dando inicio a la transcripción. Se creó un esquema de interpretación al desarrollar la transcripción de las experiencias vividas, capturándolas en el procesador de textos de Microsoft Word 2007 y fueron identificadas como "Entrevista 1, 2, 3, 4" de la siguiente manera: E1, E2, E3 y E4. El método de análisis de contenido contribuyó a la sistematización de la información y las premisas permitieron guiar el análisis fenomenológico al tiempo que se identificaban los códigos vivos de acuerdo a las categorías del modo de autoconcepto.

En cuanto a los estándares para evaluar el rigor científico de esta investigación, se hace alusión a lo emitido en el 2000 por Castillo refiriéndose a la coherencia y credibilidad de la interpretación como aspecto que garantiza la calidad del estudio (Sandelowski, 1986; Parker & Adisson, 1989). La coherencia o

credibilidad incluye la plausibilidad y lo verdadera que sea la descripción de la historia de los participantes en el estudio.

En este sentido, continuamente se presentó evidencia a partir de los textos obtenidos en esta investigación y que fueron revisados por docentes e investigadores que leían las evidencias y conocían el objeto fenómeno de estudio; siendo capaces de reconocer la historia descrita como real y verídica.

3.5 Ética del estudio

De acuerdo al código de ética de los enfermeros y enfermeras de México (2001), el capítulo V, artículo vigésimo cuarto nos dice que se debe “contribuir al desarrollo de la profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de la disciplina”, es por ello que enfermería, énfasis en investigación, exige una profunda dimensión ética de tal manera que fueron establecidos los principios éticos fundamentales necesarios para el apego y desempeño correcto de la actuación de la enfermería: 1) beneficencia y no maleficencia, 2) justicia, 3) autonomía, 4) valor fundamental de la vida humana, 5) privacidad, 6) veracidad, 7) confiabilidad, 8) solidaridad y 9) doble efecto; principios que ineludiblemente constituyen la base de este estudio y razón suficiente para dar vida a este proyecto y contribuir al desarrollo de la profesión.

En este sentido, la Ley General de Salud (2012), en el título quinto de Investigación para la salud, alude al consentimiento informado escrito por el investigador como fundamental ante todo proyecto de investigación y hace mención de los comités de ética en las instituciones de desarrollo de investigación en seres humanos, todo ello a través del artículo 100 apartados 3,4 y 6. Por lo anterior, este proyecto se apega a la normatividad establecida en dicho documento.

En relación a los códigos existentes, se aprehenden a este estudio las bases establecidas en el Código de Nüremberg que rige la experimentación con seres humanos mediante argumentos para la defensa de la vida, el beneficio, libre daño y consentimiento informado; y los principios éticos de la declaración de Helsinki cuyo

principio básico es el respeto por el individuo, argumentando el derecho de la toma de decisiones a través de un consentimiento previo (Hernández, 2010).

Aunado a ello, la ética de los investigadores interpretativos se basa en el respeto por la voz y la experiencia descrita en el texto. La ética guía es ser verdadero frente al texto o las voces de los participantes (Castillo, 2000).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La comunidad rural ampliada de El Vegil, Huimilpan, Querétaro ha ido cambiando paulatinamente y prueba de ello son los testimonios proporcionados por los cuatro adultos mayores protagonistas de este estudio que responden a lo siguiente:

E1: Don José de 87 años de edad.

E2: Doña Victoria de 76 años.

E3: Don Severiano de 80 años y

E4: Doña Chayito de 87 años de edad.

Todos ellos han consumado los criterios de inclusión a esta investigación, asimismo comparten la misma red social de pertenencia a un grupo denominado “70 y más” al que acuden en sesiones sabatinas para vincularse con otros adultos mayores y realizar actividades recreativas. Igualmente, estos protagonistas muestran divergencia en tres categorías dirigidas al proceso de adaptación en el modo de autoconcepto.

En virtud de lo expuesto, ha llegado el momento de dar a conocer los códigos vivos que se han obtenido en este arduo camino.

Estimado lector, tenga bien a saber que las experiencias que a continuación se relatan son derivadas de un camino metodológico no solo de investigación, sino de la vida misma, del escenario real y por todos bien conocido que es la vida. Relatos llenos de sabiduría que han sido fragmentados para resaltar específicamente aquello concerniente al modo de autoconcepto y que sin lugar a duda han constituido un importante proceso vivencial.

Pues bien, enseguida se muestran las categorías emergentes del modo de autoconcepto, descritas en la siguiente forma y secuencia:

- Experiencias vividas: corresponden a la historia de vida determinada por las actividades que antes realizaba el adulto mayor.
- Modo “auto”: significa la evaluación del AM del propio ser físico, sensación del cuerpo e imagen corporal.
- Autorrealización personal: auto-coherencia, libre ideal, moral-ética y espiritualidad.

Experiencias vividas

E1: “...me he dedicado a cultivar la tierra...he tenido mis faltas y espero que Dios me las haiga perdonado...”

E2: “...trabaje mucho la milpa, haciendo tortillas a mano y yendo a juntar mi leñita pa’ mi atolito...mi juventud era andar con ganas de caminar...”

E3: “...cantabanos hartas canciones...”

E4: “...yo trabaje en el campo... y ahora ya me dedique a estar solita...”

Las Experiencias vividas se construyen a partir del recuerdo de la juventud, la experiencia laboral y la compañía de los seres queridos que constituyen la parte medular de la historia de vida y que a través del tiempo han constituido un elemento sólido que ha permitido estructurar el modo de autoconcepto del adulto mayor (Díaz, 2010).

Al respecto, Acosta (2010) en su estudio “Actividades de la vida diaria en los adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales” muestra la cuestión de satisfacción con la vida actual como AM en un estudio cualitativo de grupo focal en el cual encontró una amplia variedad de actividades de índole independiente como lavar, asear y cocinar; actividades recreativas mentales como ver televisión y bordar; actividades recreativas físicas como bailar; actividades sociales entre las que se encuentra ir a misa; y por último actividades de protección de la salud entre las que se encuentra la alimentación saludable. Todo lo anterior, como consecuencia de la heterogeneidad en el proceso del envejecimiento.

En este orden de ideas, Acosta señala lo imprescindible que resulta entender cómo los AM invierten su día, pues esto proporciona una visión del mundo cotidiano de uno de los segmentos poblacionales de mayor crecimiento en la actualidad.

Por lo tanto, identificar similitudes y diferencias en los patrones de actividad refuerza el punto de vista multidimensional de la vejez, lo que también proporciona datos sobre cómo los recursos personales definen la adaptación de un AM en vista de la pérdida de los recursos biofísicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento (Baltes, 1977 citado por Acosta, 2011).

Enseguida, en un planteamiento etnográfico, Varela Londoño en el 2008 describe algunas de las percepciones sobre el envejecimiento para generar la investigación “Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores” en el cual buscó la comprensión de los procesos de reproducción social develando que los participantes reconocen como definitorios de la vejez la muerte, la jubilación, la enfermedad y la soledad, y que su situación actual tiene que ver con condiciones de inclusión o exclusión del pasado como de la época actual.

Al respecto, este autor menciona que en cada cultura y en cada sociedad las vivencias del envejecimiento son diferentes, de la misma manera se dan diferencias relacionadas con el género.

Modo auto: Sensación del cuerpo e imagen corporal

El modo auto se refiere a la evaluación de la persona del propio ser físico que incluye todos los atributos físicos, sexualidad, salud-enfermedad, sensación del cuerpo e imagen corporal. En este sentido, los siguientes discursos permiten evidenciar esta categoría:

E1: “...ya me siento cansado...veo mi retrato y quisiera volver”

E2: “...ya mi cuerpo ya se cansa...yo ya cambie mucho...es una tristeza, cuando ya se acaba uno...”

E3: "...tengo mi retrato pero ps se puede decir que allí ni experiencia tenía yo..."

E4: "...tengo retratos pero ya hasta pena me da verlos...nomás los recuerdos..."

Para el AM la sensación corporal es el dolor físico y el deterioro de la fuerza que traen consigo una imagen corporal demacrada y de tristeza ante el recuerdo de la juventud que se aprecia al observar los retratos.

En este sentido, los AM manifiestan como características del envejecimiento y la vejez algunos estereotipos negativos como: la enfermedad, entendida desde el ámbito biológico de tener dolores o molestias (posiblemente relacionados con el hecho de que viven en su mayoría en estado de vulnerabilidad sumados al declive fisiológico y a la falta de reconocimiento social) y ven la muerte como situación definitoria de la vejez. Al mismo tiempo, las relaciones familiares son identificadas como un factor clave en la vida de los AM que al des-configurarse genera una desadaptación (Varela, 2008).

Por su parte, Vera, Laborín, Domínguez, Parra y Padilla (2009) al abordar "Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del Norte de México" a partir de un modelo de redes sociales, establecen que con la edad se decreta el autoconcepto positivo, ocurriendo así la evitación al éxito en donde las variables fundamentales son la percepción que tiene el AM de apoyo hacia los demás y el mantenimiento de sus capacidades físicas y cognitivas. El estado funcional del AM y la durabilidad de estas capacidades motoras y cognitivas están relacionados a la manera en que asume el control de sus fracasos y aciertos, asimismo a la forma en que se conceptúa en los diferentes ámbitos.

Por añadidura, con el aumento de la edad se incrementa el autoconcepto negativo y disminuye el positivo, lo que hace que el AM se vuelva pesimista y se mire a sí mismo como un sujeto poco útil que es obstáculo para el desarrollo de los demás, y termina considerando que lo que ocurre día a día depende más del destino,

la suerte o Dios que del esfuerzo personal, esfuerzo que, por decirlo de alguna manera, también ha ido menguando por el efecto del tiempo en su funcionamiento biológico (Vera, Laborín, Domínguez, Parra y Padilla, 2009).

Autorrealización personal

Esta categoría se dirige a la evaluación individual de las propias características, expectativas, valores, incluida la auto-regulación, coherencia, libre ideal y la moral-ético-espiritual.

Auto coherencia

E1: "...estar al pendiente de mi familia...que no agarren un camino malo..."

E2: "... como esposa yo fui buena...ahora Dios me ha dejado sola para sufrir..."

E3: "...he sacado a toda mi familia adelante...con sacrificio....fui un buen padre..."

E4: "...con tal de que mis hijos comieran yo estaba muy contenta...las madres damos la vida por los hijos..."

Para mantener la auto-organización, el AM crea un sistema organizado de ideas acerca de sí mismo y de su responsabilidad al frente de una familia, de esta manera, se evita el desequilibrio y se da cabida a la autorrealización personal frente al rol social.

Incluso, la familia, a pesar de su proceso de transformación estructural, sigue siendo la base del apoyo social. Este planteamiento surge de Pelcastre, Treviño, González y Márquez (2011) en "Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México" que mediante un estudio cualitativo de grupo focal, análisis de discurso y abordando el perfil, los lazos sociales, condiciones de salud, apoyo institucional, percepción de bienestar y

significado de la vejez han encontrado una condición de viudez frecuente y la percepción de un estado de salud deteriorada, siendo las principales necesidades expresadas: techo, alimento y compañía. Es importante mencionar que los AM que viven acompañados refieren una mejor experiencia de envejecimiento en comparación con quienes viven solos. Al mismo tiempo, el apoyo brindado es bidireccional, en un sentido amplio, como una necesidad humana fundamental.

En este orden de ideas, el bienestar se encuentra influenciado por diferentes características socio demográficas pero sin duda un predictor importante del bienestar es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido (Hicks, Epperly & Barnes, 2001 citado por Vivaldi y Barra, 2012).

Al mismo tiempo, el percibirse como una persona funcional, capaz de desenvolverse, se asocia a una mejor calidad de vida; estos resultados revelan la importancia de programas comunitarios en que se incentive la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, al ser factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los AM, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad (Vivaldi y Barra, 2012).

Libre ideal

Aquel aspecto de la autonomía personal de los componentes que se refiere a lo que la persona desea ser o es capaz de hacer.

E1: "...que Dios me llame a juicio para entregarle mis cuentas que le debo..."

E2: "...estoy sentada tristeando solita...pidiéndole a Dios..."

E3: "...pobre, pobre, pero todavía no me dejo...soy feliz y no me quejo de nada..."

E4: "...todavía aquí ando, Bendito sea Dios..."

El discurso demuestra la autonomía personal que tiene el AM respecto a su situación de soledad y que se esfuerza por compensar a través de la oración a Dios.

Más aún, se ha comprobado que las personas que tienen una relación personal con Dios han incrementado el sentimiento de bienestar subjetivo, lo cual fortalece para enfrentar toda clase de vicisitudes como la soledad, enfermedad, angustia, tristeza y muerte, reforzando la convicción de que lo que está viviendo tiene sentido (Vázquez, 2001 citado por Francke et al., 2008).

Por consiguiente, el gran reto de nuestra sociedad cada vez más urbana y envejecida está en superar la pobreza y la exclusión social, ya que existen poderosas razones económicas, sociales y éticas para proporcionar un cambio radical en las políticas y opiniones sobre las personas mayores en sociedades que están envejeciendo (Francke et al., 2008).

Moral-ética-espiritualidad

E1: "...creo en Dios y en la Virgen de Guadalupe..."

E2: "...yo le pido mucho a Dios que me de valor para resistir todas estas pobrezaas..."

E3: "...creo en Dios desde que me críe..."

E4: "...tengo mis imágenes que son las que me cuidan y protegen...siguemos adelante mientras Dios nuestro señor nos deje..."

El sistema de creencias del AM se respalda en la religión católica haciendo uso del rezo como alternativa de protección espiritual que permite brindar fortaleza emocional ante esta etapa de la vida.

De modo similar, uno de los ámbitos a tratar en el envejecimiento como proceso es la muerte; en la vejez ésta se hace presente a través del fallecimiento de seres queridos y da lugar a que sea un tema más próximo y tangible que en generaciones anteriores. La vejez se encuentra asociada a la idea de deterioro y

muerte, en general despierta miedo, por lo que se implementa un dispositivo tendiente a negar el proceso evolutivo natural (Cuello, 2002 citado por Hernández, Oñate, Rodríguez, Sánchez, Bezanilla y Campos, 2011).

De cualquier modo, el miedo a morir disminuye con la creencia hacia alguna imagen religiosa dependiendo de la religión que se profese, por lo tanto, es de suma importancia analizar los contextos culturales, de los cuales emergen los significados de lo vivenciado por el AM, para entenderlo desde su entorno social y promover la toma de conciencia y pensamiento crítico, que permita de-construir lo que la sociedad nos propone y ser reconstructores de la propia identidad y existencia, otorgando el valor adecuado a nosotros mismos y a la persona humana, en este caso al adulto mayor (Hernández *et al.*, 2011).

El modo de autoconcepto en el adulto mayor

Alcanzar el nivel de adaptación íntegro consiste en haber logrado un especial estado del espíritu. Aspectos como la familia, sentido de vida, afectividad, espiritualidad y tiempo libre integrados en su totalidad han llevado a un fortalecimiento de valores en el grupo. Es evidente que las relaciones interpersonales se fortalecen cada día siendo para los AM un centro de motivación a nivel individual y colectivo. Por lo tanto, para el mejoramiento de la afectividad del AM es necesaria una relación conyugal positiva, manejo de sentimientos e interacción con los miembros de la familia y la sociedad a la cual pertenecen.

Chong (2012) muestra el envejecimiento como resultado de la interacción de diversos factores biopsicosociales y brinda un fuerte sustento para justificar la importancia de abordar el proceso salud-enfermedad en el anciano. La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto.

Por consiguiente, el envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco. Además, el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual

y social. Es decir, envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos; y donde la falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido que contribuye a delimitar la salud funcional y la capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio (Chong, 2012).

Finalmente, Santa Cruz Villoslaba (2013) describe y analiza, mediante un método cualitativo, el proceso de adaptación en donde explica que los AM logran adaptarse progresivamente debido a que los estímulos que lo motivan actúan en mejora de la calidad de vida, así que ellos emplean los modos de adaptación eficaces poniendo en práctica esfuerzos cognitivos y conductuales para dicha adaptación, así mismo tratan de adaptarse a los cambios que se enfrentan constantemente. En definitiva, los AM se identifican con su entorno, con su grupo social definiéndose como adultos mayores que necesitan cuidado y comparten las mismas necesidades que los demás e identifican consigo su condición actual ante el grupo que los rodea. Para los AM la familia es el principal referente y grupo de pertenencia, es el ámbito de refugio, de apoyo, auxilio, compañía, cooperación y asistencia; por lo tanto, los AM esperan recibir todo de su entorno más inmediato.

Por último, es en este momento en el que el papel de la Enfermería cobra lugar al ser una disciplina que aborda la esfera holística del ser humano y no solo eso, simultáneamente visualiza un área de oportunidad donde se establezca la táctica de promoción, de acercamiento al ser, visto como un conjunto biopsicosocial que requiere atención profesional para fortalecer los lazos existentes en las redes sociales con los significados culturales que a ello otorgan y que le permitan al adulto mayor sobrellevar esta etapa de la vida mediante el punto clave que a la enfermería compete: el cuidado del ser.

V. CONCLUSIONES

El constante desafío por otorgar un significado al proceso socio-cultural del envejecimiento, a través del análisis del contexto cultural del cual emergen los significados de lo vivenciado, ha permitido determinar que el modo de autoconcepto del adulto mayor residente de la comunidad rural ampliada El Vegil, Huimilpan, Querétaro está determinado por sus experiencias vividas en la juventud, con la familia, la importancia que tiene Dios para ellos y la historia de vida; lo que a su vez influye en la adaptación a este modo.

En este sentido, retomando los planteamientos teóricos definidos para la presente investigación se establece lo siguiente:

Respondiendo a la pregunta ¿Cómo han sido las experiencias vividas por el AM respecto a su modo de autoconcepto? Se determina que al ser estas experiencias construcciones únicas e irrepetibles, se catalogan como “buenas experiencias” en el ciclo vital y en la configuración histórica que contempla la juventud, la familia, cumpliendo el rol de vida, teniendo a Dios como guía y viviendo la etapa de vejez con paciencia esperando entregar las cuentas finales.

La premisa general que se ha planteado para esta investigación fue satisfactoriamente cubierta ya que se han logrado describir y comprender las experiencias de vida en el modo de autoconcepto del adulto mayor mediante el análisis de las mismas.

Se visualizó el comportamiento del adulto mayor en su contexto de vida, al igual, el acercamiento con el actor principal permitió describir su experiencia de vida a través de la observación, la experiencia previa y la metodología elegida. Del mismo modo, se obtuvo comprender el fenómeno del envejecimiento mediante las redes de significados culturales que juegan un papel importante en el proceso de la adaptación. Con lo anterior, se han logrado las premisas específicas de conocer las

experiencias para describir el modo de autoconcepto que dio paso a la comprensión del fenómeno del envejecimiento.

Respecto al supuesto, se demuestra que las experiencias vividas por el adulto mayor influyen en el modo adaptativo de autoconcepto mediante un marco de valores, tradiciones y respuestas sociales que configuran las trayectorias de vida.

En este orden de ideas, se concluye en que el modo de autoconcepto del adulto mayor está conformado por el modo “auto” de la sensación física y corporal, encontrando que el AM se percibe “diferente” al faltarle la fuerza física, relaciona el dolor de pies y del cuerpo con la etapa de envejecimiento y mira ante el espejo una imagen demacrada lo cual le ocasiona vergüenza y tristeza.

Respecto a la “autorrealización personal” el adulto mayor considera haber desempeñado un buen papel como pareja y como padre o madre, que a pesar de la pobreza logro sacar a la familia adelante, con el buen ejemplo.

En este sentido, el ideal va encaminado al bien morir y a esperar la muerte cuando Dios así lo determine y cuyo relato da cabida a las creencias y moral-ética-espiritualidad que van dirigidas al servicio a Dios, al rezo, a actuar bien en la vida para conseguir el triunfo de conocerse así mismo y llegar al bien divino, amar al prójimo y agradecer a Dios la licencia de vida durante estos años.

Por su parte, las experiencias de vida están guiadas por el relato del recuerdo de haber trabajado en el campo, en las milpas y cultivar la tierra, manejar vehículos y cantar; lo mismo ha pasado en ambos géneros, no obstante, las mujeres le han dedicado gran parte de tiempo a la familia, al hogar, coser, tejer, echar tortillas a mano, trabajar el nixtamal y juntar leña.

Habría que decir también que este acercamiento con la experiencia de vida del adulto mayor ha permitido aportar a la enfermería profesional la comprensión del envejecimiento a partir de su propia racionalidad y, como menciona Varela (2008), pretende ser una motivación para los académicos, investigadores y los diferentes sectores estatales y comunitarios para reconocer el envejecimiento como eje

transversal para el desarrollo de políticas y planes de desarrollo incluyentes e integrales con proyección a corto, mediano y largo plazo.

Así mismo, este estudio ha permitido obtener el conocimiento de cuatro (de tantas) historias que tiene por contar el adulto mayor y que a través de los años lo han forjado como gente sabia y de gran valor para la comunidad en la que habita.

Los antecedentes históricos, sus labores cotidianas, su experiencia en la línea del tiempo, la familia, la religión y las costumbres han permitido que, al día de hoy, diversas disciplinas se empeñen en trascender a través de la Investigación cualitativa aportando nuevos conocimientos al quehacer científico y si bien es cierto que nos enfrentamos ante un problema que radica en que por primera vez en la historia de la humanidad habrá una gran cantidad de adultos mayores y asumiendo que este fenómeno traerá consigo modificaciones importantes al sistema de salud por la demanda y cobertura de atención en Enfermería Geriátrica, también es cierto que podemos manipularla de manera óptima y adecuada, comenzando por difundir el fenómeno social del futuro socio demográfico del país y las estrategias para enfrentarlo.

En este orden de ideas, la presente investigación constituye una de ellas al describir, analizar y comprender el modo de auto concepto del adulto mayor desde el contexto real en el que ha sido moldeado por una cultura, el lenguaje y la comunidad en la que vive aportando los recursos para mirar al grupo etario del AM desde la experiencia vivida dejando de lado los datos brutos de medición para mostrar a la sociedad del nuevo siglo una historia de vida en uno de los múltiples escenarios que muestra nuestro México y desde el enfoque humanístico de la Enfermería profesional que hoy día tiene el reto de transitar de un enfoque tradicional a un modelo transcultural del cuidado desde la especificidad, la responsabilidad social, moral y ética que se tiene con los grupos vulnerables, generando sensibilidad a la comunidad para promover estrategias de mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores.

Sugerencias

Se puede señalar que este estudio sustenta la base para estudios posteriores respecto a mecanismos de adaptación asociados a la vejez y servirá como preliminar para la construcción de otros proyectos que aludan al grupo etario del AM.

Incluso, diversos autores señalan que las relaciones sociales son creadas por el AM a través de actividades recreativas realizadas, por esta razón, se hace necesario dar continuidad al presente trabajo para el análisis de los programas gubernamentales en el municipio de Huimilpan que están enfocados al AM pensando en una posible intervención profesional de Enfermería y de ser viable, la re-estructuración de los protocolos.

Habría que determinar también la respuesta de las instituciones ante esta situación sociodemográfica y con base en ello establecer políticas que respondan a las necesidades de este sector en crecimiento para las siguientes décadas que incluyan el sistema de seguridad social, los programas de jubilación, los servicios de salud, vivienda y apoyo.

De forma semejante y de acuerdo con Varela (2008), se hace hincapié en la necesidad de modificar el referente simbólico caracterizado por estereotipos que resaltan carencias o limitaciones del envejecimiento, lo anterior, a través de la investigación.

De acuerdo con Vivaldi y Barra (2012), la importancia de contar con programas comunitarios que fomenten el apoyo social y la formación de redes sociales que ayuden a aumentar el sentimiento de pertenencia e identidad en los AM, se hace importante trabajar en programas de promoción y autocuidado, destacando las actividades grupales que permitan el apoyo y compañía entre los adultos mayores. Se podría pensar en diversificar los servicios sociales y de salud para la tercera edad considerando el nuevo perfil de adulto mayor que requiere nuevas formas de atención.

Una cuestión más es que el envejecimiento demográfico, como responsabilidad social, tendrá múltiples y muy complejas ramificaciones de carácter social, económico, político y cultural, al tiempo que impondrá desafíos y responsabilidades para la sociedad y el gobierno de México. Por lo tanto, en la actualidad el reto para la sociedad no es alcanzar más años de vida sino cambiar la forma como se vive la vejez, logrando que los años que se vivan sean con calidad y dignidad independientemente de las características biológicas existentes.

Finalmente, resulta en demasía importante continuar investigando acerca de lo que experimenta el ser humano en la última etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Quiroz, C., González-Celiz, A. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: experiencia de dos grupos focales. *Redalyc Rev Enseñ e Inv en Psic*, 15(2), 393-401.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós Educador: Barcelona, España.
- Allevato, M.; Garivia, J.(2008). *Envejecimiento*. Act. Terap Dermatol; 31: 154. Consultado en septiembre de 2011. En:www.atdermae.com
- Arriola Ortega, M. y Vera Ramírez, A. (n.d.) *Intervención de enfermería en el modo auto concepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor*. Consultado el 09 de Diciembre de 2011. En el sitio Web de la Biblioteca virtual de Derecho, Economía y Ciencias sociales. Diversidad cultural y salud Web:www.eumed.net
- Balderas Pedrero, M. (2009). *Administración de los servicios de enfermería*. McGraw-Hill, p. 125.
- Barros Lazaeta, C. y Herrera Ponce, M.S. (2003). *Calidad de vida en personas mayores: Instrumentos para el seguimiento de políticas y programas*. Módulo 302: Bienestar subjetivo: Santiago de Chile. Consultado el 27 de Noviembre de 2011. En: www.redadultosmayores.com.ar
- Bertoldo Benedetti, T.; Justino Borges, L.; Luiz Petroski, E. y Takase Goncalvez, L. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Rev Saúde Pública*, 42(2).
- Bojorquez Chapela, I.; González Vázquez, T.; Jáuregui Ortiz, B.; Maldonado Saucedo, M.; Márquez Serrano, M., *et al.* (2006). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. Consultado el 10 de noviembre de 2011. En el sitio Web del Instituto Nacional de Salud Pública. Web: envejecimiento.sociales.unam.mx

- Bolis Morales, G. (2003). Las viviendas en el ámbito rural. *Rev Info y análisis*, 23, p. 42-46.
- Bueno Zúñiga, M. E. (2011). *Sistema estatal DIF*. Consultado el 21 de noviembre de 2011. En <http://eleconomista.com.mx/estados/2011/08/24/adultos-mayores-mas-7-poblacion>.
- Burns N. & Grove S. (2004). *Investigación en Enfermería*. Elsevier: Madrid, España
- Castillo Espitia E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa para estudiar los fenómenos humanos. *Rev Inv y Edu*, XVIII(1), p. 27-35
- Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México*. (2001). Consultado en mayo de 2012. En el Sitio Web de la comisión Interinstitucional de Enfermería. Web: www.ssa.gob.mx
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). *Pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina y el Caribe: Información socio demográfica para políticas y programas*. Naciones Unidas, Santiago de Chile. Consultado en octubre de 2011. En: www.eclac.org
- Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Querétaro (CONCYTEQ). (2008). *Propuesta para la conservación de suelos y la reforestación en el Municipio de Huimilpan*. Consultado en septiembre de 2013. En: www.concyteq.edu.mx
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2010). *Proceso de Envejecimiento*. Consultado en octubre de 2011. En: www.conapam.go.cr
- Chong Daniel A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cub de Med Gen Int*, 28(2), p.79-86.
- Díaz de Flores, L.; Durán de Villalobos, M.; Gallego de Pardo, P.; Gómez Daza, B.; Gómez de Obando, E.; González de Acuña, Y.; *et al.* (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(002), 19-23.

- Díaz Oviedo A. (2010). *A pessoa com Diabetes-do Enfoque Terapêutico ao Existencial*. [En línea]. Consultado el 17 de Junio de 2013. En: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/.../Aracelyduazoviedo.pdf
- Díaz Oviedo A. (2009). The person with diabetes: from a therapeutic to an existential focus. *Rev Esc Enferm*, 43(4), p.744-512.
- Díaz Oviedo A. (2013). *El modo adaptativo de autoconcepto en enfermos de Diabetes Mellitus* [En línea]. Consultado el 19 de Febrero de 2013. En: www.chodpab.es
- Dirven M, Echeverri Perico R, Sabalain C, Rodríguez A, Candia B, Peña C y Faiguenbaum. (2011). *Hacia una nueva definición de "rural" con fines estadísticos en América Latina*. [En línea] Consultado el: 29 de septiembre de 2012. En: www.eclac.org
- Dobratz, M.C. (2008). Moving nursing science forward within the framework of the Roy adaptation model. *Nurs Sci*, 21(3), 255-259.
- Duran, D.; Orbeoz Valderrama, L.; Uribe Rodríguez, A. y Uribe Molina, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica: Bogotá, Colombia*, 7(1), 263-270
- El Universal. *Ancianos se duplicarán en Querétaro* [En línea] 2010 Consultado el: 29 de septiembre de 2012. En: www.eluniversal.com.mx
- ESAD Universidad Abierta y a distancia de México (2012) *Los recursos tecnológicos y metodológicos: la observación*. [En línea]. Consultado el: 29 de septiembre de 2012. En: <http://148.247.220.184/DC2012/mod/scorm/player.php?a=122¤torg=ORG-055C8075E7604F4F7A08AD975FA4D155&scoid=2221>
- Espinosa Torres, M. del P. (2002). *Las personas adultas mayores y la legislación universitaria de Veracruz*. Consultado en noviembre de 2011. En el sitio Web de la Universidad Veracruzana. Web: www.letrasjuridicas.com/volumnes!8/espinoza8.pdf
- FAO. Espacio rural y dimensión territorial del desarrollo en los países del Mercosur [En línea] 2010. Consultado el: 29 de septiembre de 2012. En: www.fao.org

- Faria Simoes S, Oliveira Souza I. Um caminhar na aproximacao da entrevista fenomenológica. *Rev Lat-am enfermagem* 1997, 5(3), p. 13-17.
- Fawcett, J. (n.d.). The Roy Adaptation Model and content analysis. *Aquichan*, 6(1), 34-37
- Fernández Fernández M. (n.d.). *Bases históricas y teóricas de la Enfermería*. Consultado el 08 de julio de 2012. En el sitio Web de la Universidad de Cantabria. Web: ocw.unican.es
- Firpo Del Duca, G.; Cozzensa da Silva, M. y Curi Hallal, P.(2009). Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública*, 43(5). Consultado en octubre de 2011, de la base de datos Scielo.
- Francke Ramm M. (2008). El sentido de la vida y el adulto mayor en el Área Metropolitana de Monterrey. [En línea] Recuperado en Junio 2013 de http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2011/04/EI_Sentido_de_la_Vida_y_el_Adulto_Mayor1.pdf
- Frenk J. y Gómez Dantés O. (2008). *Para entender: el sistema de salud de México*. Nostra Ediciones: México, p. 33-35
- García J, Musitu G y Veiga F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y portugal. *Piscothema*, 18(3), p.551-556.
- Gobierno Federal. (2008-2012). *Programa Nacional de Población*. Consultado en octubre de 2011. En el sitio Web de la SEGOB. Web: www.conapo.gob.mx
- González Morales A y Esquivel Hernández M. (2011). *Dispersión y carencias. La población rural*. UNAM.
- Graefe, S.; Van Dyk, S & Lessenich, S. (2011). *Altsein ist spatter. Alter snormen und Selbstkonzepte in der zweiten lebens hälfte. Z Gerontol Geriat*. Consultado en septiembre de 2011. En: resources.metapress.com
- Griffith, J. y Christensen, P. (1993). *Proceso de atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. Manual Moderno: México, p. 16-18.

- Gutiérrez Robledo, L. (2004). *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica de México*. [En línea] Consultado el 06 de enero de 2012. En: [http:// www.geriatria.salud.gob.mx](http://www.geriatria.salud.gob.mx)
- Gutiérrez A. (2007). *Adaptación y cuidado del ser humano: una visión de enfermería*. Ed. Manual Moderno.
- Hamilton R.J. & Bowers B.J. (2007). The theory of Genetic Vulnerability: a Roy model exemplar. *Nurs Sci Q*, 20(3), 254-264.
- Hernández Eloisa M A, Oñate Ramírez D, Rodríguez Ramírez D, Sánchez León L, Bezanilla JM y Campoa JE. (2011). El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México. *Rev de Psic GEPLI*;2(1), p.64-78.
- Hernández S. R.; Fernández C. C. y Baptista L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5° ed.). McGraw Hill: México.
- Hernández Zamora, Z.E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, 15(52-53). Consultado el 21 de noviembre de 2011, de la base de datos Scielo.
- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Piscodidáctica*, 14(1), 49-62.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Cuéntame*. Consultado el 09 de septiembre de 2013. En el sitio web: cuéntame.inegi.org.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres. (2011). *Mujeres y hombres en México 2011*. Consultado el 21 de noviembre de 2011. En la base de datos INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Perspectiva estadística Querétaro*. Consultado el 21 de noviembre de 2011. En la base de datos INEGI.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). *Población rural y rural ampliada en México, 2000*. [En línea] Consultado el: 29 de septiembre de 2012. En: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Los adultos mayores en México*. Consultado en septiembre de 2013. En: www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2005). *Gobierno del Estado de Querétaro*. Consultado el 27 de junio de 2012. En: www.e-local.gob.mx
- Lazcano Ortiz M., Salazar González B. (2009). Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, según Modelo de Roy. *Redalyc*, 9(3), 236-245.
- Ley General de Salud*. (2012). Consultado en mayo de 2012. En: www.diputados.gob.mx
- Lugo Rodillo, A. (2010). *Mecanismos Biológicos del envejecimiento. El envejecimiento desde un enfoque molecular*. Consultado en septiembre de 2011. En el sitio Web del Instituto de Geriatria. Web: www.geriatria.salud.gob.mx
- Mari R., Bo R., Climent C. (2010). Propuesta de Análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *UT Rev Cienc L'Edu.*, 113-133. [En línea] Consultado el 17 de marzo de 2013. En: <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut>
- Marriner Tomey, A. & Rayle Alligood, M. (2008). *Modelos y Teorías de Enfermería*. (6° Edición). Elsevier. España, p. 353-376.
- Melguizo Herrera E, Acosta López A y Castellano Pérez B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Sal Unino*;28(2), p.251-263.
- Mertens D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Interpreting diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Morán Aguilar, V. y Mendoza Robles, A. (1993). *Modelos de Enfermería*. Trillas: México, p. 123-127.
- Moreno Fergusson, M.A. y Alvarado García, A. (2009). Aplicación al Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*, 9(1), 62-72.

- Murcia Peña, N. y Jaramillo Echeverry, L. (2000). *Investigación cualitativa. Una guía para abordar estudios sociales*. Ed. Kinesis: Colombia, p. 55-57.
- Navas, M.E. (2009). *¿Cuántos años quiere vivir?* Consultado el 25 de noviembre de 2011. En el Sitio Web de BBC Mundo. Web: www.bbc.co.uk
- NOM-167-SSA-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Consultado en septiembre de 2011. En el Sitio Web de la OMS. Web: www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Consultado el 20 de noviembre de 2011. En el Sitio Web de la OMS. Web: www.who.int/whosis/whostat/ES:WHS2011_Full.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Archivo ADN*. Consultado en septiembre de 2013. En el sitio web: www.adnarg.com.ar
- Orta González, M.; Vázquez Hachero, G.; Ponce Domínguez, J.; Ponce Domínguez, M.; Nieto Barrera, C. y Palanco González, E. (2001). *Proceso de atención de enfermería: Modelo de Sor Callista Roy*. Consultado el 08 de julio de 2012. En: www.elmedicointeractivo.com
- Pavan Baptista P, Barbosa Merighi M y Fernández de Freitas G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cult de los cuid*, XV(29), p.9-12.
- Pelcastre-Villafuerte B, Treviño-Siller S, González-Vázquez T y Márquez-Serrano M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad. Saúde Pub*, 27(3), p.460-470.
- Pérez Riobello, A. (2008). Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. *Erikasia: Revista de filosofía*, IV(20).

- Perrett, S.E. (2007). Review of Roy adaptation model-based qualitative research. *Nurs Sci Q.*,20(4), 349-356.
- Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro. (2010-2015). *Plan Querétaro 2010-2015*. Consultado en septiembre de 2013. En el sitio Web: gpr.queretaro.gob.mx
- Prado, A. y Sojo, A. (2010). *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*. Consultado en octubre de 2011. En el Sitio Web de la ONU-CEPAL. Web:www.ecla.cl
- Programa de acción específico 2007-2012*. Consultado el 09 de julio de 2012. En: www.cenetec.salud.gob.mx
- Real Academia Española* (2013). Consultado el 05 de septiembre de 2013. En: www.rae.es
- Reyes Audiffred, V; Sotomayor Sánchez, S. y González Juárez, L. (2007). Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. *Rev. Enfermería IMSS*, 15(1), 27-31.
- Rodríguez Gómez, G. (1999). *Metología de la Investigación cualitativa*. Aljive: Granada.
- Roy, C. & Andreus, H. (1999). *The Roy Adaptation Model*. (2nd Ed).Standford, CT: Appleton & Lange.
- Roy SC. (2009). *The Roy Adaptation Model. The adaptative modes for the individual*.3° Ed.
- Rubio, M.G. y Garfías, F. (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Constulado en octubre de 2011. En el Sitio Web de la ONU-CEPAL. Web:www.ecla.cl
- San Martin Petersen, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *HOLOGRAMÁTICA-UNLZ*, V(8), 103-120.
- Santa Cruz Villoslada M. (2013). *Proceso de adaptación de los adultos mayores al ingreso en el asilo de ancianos*. (Tesis de pregrado Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.) [En línea]. Consultado en junio de 2013. En:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/118/1/TL_Santa%20Cruz_Villoslada_Magaly.pdf

Secretaria de Salud e Instituto de Geriátría. (2010). *Perspectivas para el desarrollo de la Investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México*. Consultado en septiembre de 2011. En el Sitio Web de la Secretaria de salud, Web: www.geriatria.salud.gob.mx

Sordo Freire, J.A. (2007). *Evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física*. (Tesis Doctoral. Universidad de Coruña). [En línea]. Consultado en noviembre de 2011. En: <http://www.redadultosmayores.com.ar>

Tuya Pendás, L. y Martínez Ortega, R. (2009) Pagina WEB de investigación cualitativa. Rev. *Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). Consultado en octubre de 2011. En la base de datos Redalyc.

Ugalde, O. (2010). *Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriátricos*. Consultado en octubre de 2011. En el Sitio Web del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Web: www.inprf.gob.mx

Varela Londoño L. (2008). Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. *Invest Educ Enferm*, 26(1), p.48-58.

Veras, R. (2009). *Population aging today: demands, challenges and innovations*. Rev Saúde Pública, 43(3). Consultado en octubre de 2011. En la base de datos Scielo.

Vera Noriega, J.; Laborín Álvarez, F.; Domínguez Guedea, M.; Parra Armenta, E. y E. Padilla, M. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del Norte de México. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 14(1), 119-135.

Villaní, M., Leite, T. y Venícios M. (2006). *Grupo como estrategia de cuidar a la luz del modelo de Adaptación de Roy*. Artículos científicos. Consultado el 08 de julio. En 2012, de: www.enfervalencia.org

Villalvazo Peña P, Corona Medina J y García Mora S. (2002). Urbano-rural, constante búsqueda de fronteras conceptuales. *Rev Info y análisis* 2002;20, p. 17-22

Vivaldi F y Barra E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Ter psicoló*, 30(2), p.23-29.

Vivas Sandoval M y Barrera Bohorquez W. (2009). *Mejoramiento de la afectividad del adulto mayor. Buscando la autorrealización en el grupo Edad de Oro*. Consultado en junio 2013. En el Sitio Web <http://repository.unad.edu.co>

ANEXOS