



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

“PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA AISLAMIENTO SOCIAL  
EN DOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE AJACUBA,  
HIDALGO”

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

PLESS LAURA PAMELA MENDOZA MENDOZA

**DIRECTOR DE TESIS**

DRA. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

**CO-DIRECTORA**

M.C.E. CLAUDIA ATALA TREJO GARCÍA TLAHUELILPAN DE

OCAMPO, HIDALGO. NOVIEMBRE DE 2022



**30 de noviembre de 2022**

**Asunto: Autorización de impresión formal.**

**M.C. MIGUEL ÁNGEL DE LA FUENTE LÓPEZ**

Director de la Escuela Superior de Tlahuelilpan

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Laura Pamela Mendoza Mendoza, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: "PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA AISLAMIENTO SOCIAL EN DOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE AJACUBA, HIDALGO" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombre de integrantes del Jurado	Cargo	Firma
D.C.E Benjamín López Nolasco	Presidente	
DRA. Edith Araceli Cano Estrada	Secretario	
M.C.S Gabriela Maldonado Muñiz	Vocal	Gabriela Maldonado M.
M.C.E Claudia Atala Trejo García	Suplente	



Ex-Hacienda de San Servando S/N. Ocl. Centro,  
 Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780  
 Teléfono: 771 71 720 00 ext. 5500, 5501  
 esc\_sup.tlahuelilpan@uah.edu.mx



[www.uah.edu.mx](http://www.uah.edu.mx)

## DEDICATORIAS

Quiero dedicar esta tesis a mi familia la cual me ha motivado para esforzarme cada día y quien me ha impulsado a ser mejor persona y profesional.

A mi padre Braulio Fernando quien cada día me enseña que podemos lograr nuestras metas con esfuerzo y dedicación, quien me inculco a ser responsable, paciente y respetuosa.

A mi madre Ma. Elena quien cada día me ha enseñado que debemos trabajar mucho para lograr nuestros sueños, que no importa cuán lejos los veamos, debemos tener confianza en nuestras capacidades.

A mis hermanas Keila Nirvana y Stephanie Charlin por estar para mí en cada momento difícil, por motivarme cuando sentía que ya no podía más, a ellas por ser mi luz cada día de mi vida.

A ellos que son los pilares de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres y a mis hermanas por darme la oportunidad y la confianza para lograr mis metas, por motivarme e impulsarme a esforzarme cada día un poco más y no rendirme ante las dificultades. A mis compañeras y amigas, que permanecieron a mi lado en los momentos más complicados, agradezco todas las veces que compartieron sus conocimientos y me enseñaron sus habilidades para incrementar mi aprovechamiento académico. A mis maestros por enseñarme que nunca es suficiente, siempre tenemos que leer más, aprender más, practicar más, que nunca dejas de aprender algo nuevo.

A las personas que me dieron la oportunidad de trabajar para solventar los gastos de la carrera, por brindarme los permisos para cumplir mis responsabilidades.

También agradezco a todas y cada una de las personas que contribuyeron a la realización de mi tesis, mis asesores, a la casa de día de Santiago Tezontlale y cada uno de los adultos mayores que hicieron posible esta investigación.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
DEDICATORIAS .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
INDICE DE TABLAS .....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. JUSTIFICACIÓN .....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
IV. – MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	5
4.1 Adulto mayor.....	5
4.1.1 Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento .....	5
4.1.1.1 Órganos de los sentidos .....	6
4.1.1.2 Sistema cardiovascular .....	8
4.1.1.3 Sistema genitourinario .....	9
4.1.1.4 Musculo esquelético .....	10
4.1.1.5 Barreras de defensa .....	11
4.1.1.6 Actividad física en el envejecimiento .....	12
4.2 Proceso de atención de enfermería .....	12
4.2.1 Valoración.....	12
4.2.2 Diagnóstico .....	13
4.2.3 Planificación/intervención .....	13
4.2.4 Ejecución .....	14
4.2.5 Evaluación .....	14
4.3 NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association): Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería. ....	16
4.3.1 Taxonomía II de NANDA-I .....	17
4.3.2 Diagnostico de enfermería.....	20
4.3.3 Tipos de diagnóstico de enfermería.....	21
4.3.4 Clase.....	22
4.3.5 Dominios de la NANDA.....	23

4.3.6 Dominio 12. Confort.....	23
4.4 Investigación epidemiológica en diagnósticos enfermeros .....	24
4.4.1 Fines teóricos y fines prácticos de la epidemiología según Jenicek en 1987.....	24
4.4.2 Tipos de estudios que conformaran la investigación epidemiológica en lenguajes diagnósticos de enfermería.....	25
4.5 Teorías biológicas del envejecimiento .....	29
4.5.1 Teorías programadas .....	29
4.5.2 Teorías del error .....	30
4.5.3 Teorías psicológicas del envejecimiento.....	31
4.5.4 Teorías sociológicas del envejecimiento.....	32
4.5.5 Provisión de servicios y cuidados .....	33
4.5.5.1 Seguridad social .....	33
4.5.5.2 Seguridad de salud .....	33
4.5.5.3 Servicios sociales .....	34
4.5.5.4 La salud de los adultos mayores .....	34
4.6 La teoría del confort de Katharine Kolcaba.....	35
4.7 Relación entre la teoría del confort de Katharine Kolcaba y el diagnóstico de enfermería asilamiento social en el adulto mayor: .....	40
V. OBJETIVOS.....	41
VI. METODOLOGÍA .....	42
6.1 Tipo de estudio .....	42
6.2 Diseño metodológico .....	42
6.3 Limites de tiempo y espacio.....	42
6.4 Universo .....	42
6.5 Variables.....	42
6.6 Instrumento.....	43
6.7 Procedimientos .....	46
6.8 Análisis estadísticos .....	47
6.9 Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	47
6.10 Difusión.....	47
VII.CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES.....	48

7.1 Declaración de Helsinki .....	48
7.2 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación .....	48
VIII. RESULTADOS .....	50
IX. DISCUSIÓN.....	57
X. CONCLUSIÓN.....	58
XII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
XIII. ANEXOS Y APENDICES.....	63

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018.....	48
<b>Tabla 2</b>	Frecuencia y porcentaje de Recursos Sociales de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018.....	49
<b>Tabla 3</b>	Frecuencia y porcentaje del nivel de Deterioro Cognitivo de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018.....	50
<b>Tabla 4</b>	Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018.....	51
<b>Tabla 5</b>	Frecuencia y porcentaje del nivel de autoestima en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018.....	52
<b>Tabla 6</b>	Frecuencia y porcentaje de la prevalencia del diagnóstico de aislamiento social en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México.....	53
<b>Tabla 7</b>	7 Frecuencia y porcentaje de los elementos del diagnóstico de enfermería en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México.....	57

## RESUMEN

**Introducción:** El presente trabajo abordó el diagnóstico de enfermería de aislamiento social, el cual, en este caso, se enfocó en los adultos mayores. El objetivo de la investigación fue analizar la prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en los adultos mayores en el municipio de Ajacuba, Hidalgo.

**Metodología:** La investigación fue de enfoque cuantitativo, de estudio descriptivo, con un alcance correlacional, de temporalidad; transversal, en un periodo de junio – agosto 2018, en el municipio de Ajacuba, Hidalgo, con una muestra de 60 adultos mayores, 30 enlistados en un programa de Casa de día y 30 de la comunidad, el muestreo se realizó por cuotas. El instrumento de valoración consta de una lista de cotejo con características definitorias y factores relacionados del diagnóstico Aislamiento social, utilizando cuestionario multidimensional de asesoramiento funcional para la evaluación de recursos sociales, el Mini Examen de Estado Mental para evaluar el estado cognitivo, la escala geriátrica de depresión de Yesavage para Nivel de depresión y la escala de autoestima de Rossemberg para el nivel de autoestima. **Resultados:** 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad 18 (60%) eran de género masculino, de los 30 adultos mayores que asistían a la casa de día 15 (50%) eran de género masculino. 30% presentaron deterioro cognitivo, 10% depresión severa, 11.6% nivel bajo de autoestima y 16.6 % con carencia de recursos sociales. 41.6 % de los adultos mayores presentaron el diagnóstico de aislamiento social; 56.6% de los adultos mayores de la comunidad y 26 % de los adultos mayores que asisten a las actividades de la casa de día. **Conclusiones:** La prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social es alta.

**Palabras clave:** Adulto Mayor, Aislamiento Social, Depresión, Autoestima.

## ABSTRACT

**Introduction:** The present work addressed the nursing diagnosis of social isolation, which, in this case, focused on older adults. The objective of the research was to analyze the prevalence of the nursing diagnosis of social isolation in older adults in the municipality of Ajacuba, Hidalgo. **Methodology:** The research was of quantitative approach, descriptive study, with a correlational scope, temporality; cross-sectional, in a period of June - August 2018, in the municipality of Ajacuba, Hidalgo, with a sample of 60 older adults, 30 enlisted in a program of Casa de día and 30 from the community, the sampling was done by quotas. The assessment instrument consisted of a checklist with defining characteristics and related factors of the diagnosis Social Isolation, using a multidimensional functional assessment questionnaire for the evaluation of social resources, the Mini Mental State Examination to evaluate cognitive status, the Yesavage Geriatric Depression Scale for level of depression and the Rossemberg Self-Esteem Scale for level of self-esteem. **Results:** 30 older adults who were recruited in the community 18 (60%) were male, 15 (50%) of the 30 older adults attending the day care center were male. 30% had cognitive impairment, 10% had severe depression, 11.6% had low self-esteem and 16.6% lacked social resources. 41.6 % of the older adults presented diagnosis of social isolation; 56.6 % of the older adults in the community and 26 % of the older adults attending the day house activities. **Conclusions:** The prevalence of the nursing diagnosis social isolation is high.

Key words: Older Adult, Social Isolation, Depression, Self-esteem.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo abordo el diagnostico de enfermería de aislamiento social, el cual, en este caso, se enfoca en los adultos mayores. El aislamiento social se define como la soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros y se considera adulto mayor a todas las personas de 60 años a más.

El diagnostico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable. El objetivo de la investigación es establecer la prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en los adultos mayores en el municipio de Ajacuba, Hidalgo.

En el marco teórico se abordó el proceso de enfermería como herramienta de la sistematización del trabajo de enfermería, así como la Taxonomía II de la NANDAI, como parte del lenguaje disciplinar.

En la metodología se muestra la forma de llegar al diagnóstico de enfermería de Aislamiento Social en los adultos mayores, para la valoración se emplearán de diversos instrumentos de evaluación, además del proceso diagnóstico.

Posteriormente se presentan las consideraciones éticas que aplicarán para el presente estudio, en apéndices el consentimiento informado y en los anexos los instrumentos Minimental, test de Yesavage, Instrumento de valoración de recursos sociales y la escala de autoestima de Rosemberg.

## II. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento está relacionado con el proceso de pérdidas que les afectan y en ocasiones los hace entrar en crisis, dañando severamente la autoestima de la persona que influye en el deterioro físico y emocional, por otro lado, la inactividad produce baja autoestima, ansiedad y tensión que, con los años, ocasiona la pérdida de fuerza y flexibilidad mínimas para realizar las tareas mínimas. Según la OMS, los ancianos que se ven ellos mismos como una carga, perciben sus vidas como menos valiosas que las del resto, lo que los coloca en riesgo de aislamiento social y depresión.<sup>1</sup>

El aislamiento social en adultos mayores es un asunto trascendental, no sólo por su prevalencia, que se estima entre 7 y 49%, sino porque además afecta la salud y el bienestar de los individuos.<sup>2</sup>

En México, del total de egresos por trastornos depresivos en adultos, mayores se observa que en 2012, estos se presentan principalmente en mujeres (16.8% contra 7.5% en los hombres), acorde reportado por la OMS de que son ellas quienes de forma general tienen una carga de la enfermedad 50% mayor que los hombres. Si bien no hay una causa directa para explicar esta diferencia, se considera que ciertos factores tanto biológicos como sociales exclusivos.<sup>3</sup>

Moreno-Tamayo y cols., publican un estudio transversal, con 1249 adultos mayores de 60 años o más, afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizado en el 2014, encontró que el aislamiento social en las mujeres fue de 40.3%, mientras que en los hombres fue de 35.5% ( $\chi^2(1)=3.07$ ;  $p=0.080$ ). Las mujeres tuvieron más desventajas sociales y de salud en comparación con los hombres. Ellas tuvieron menor nivel educativo y menor propensión a vivir en pareja; también fueron más proclives a presentar mayor deterioro cognitivo, depresión, ansiedad y discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.<sup>2</sup>

La relación que se establece entre el aislamiento social y la depresión se debe a que el aislamiento es uno de los factores determinantes para el diagnóstico, generando una disminución de autoestima, ansiedad y otras enfermedades. Por lo

que es importante conocer los cambios que surgen en la vejez y como son manifestados en su conducta, en su sentir, como sociedad no se comprende el significado que tiene llegar a esta edad. Recordando que tanto el aislamiento físico como social provoca cambio en el sistema de pensamiento de los sujetos, dicho cambio va a provocar la distorsión de sus actitudes y comportamiento hacia el grupo social, no solo afecta su estructura psicológica si no también su estructura física.<sup>4</sup> Por lo anterior, el personal de enfermería debe valorar y diagnosticar la esfera social del adulto mayor para establecer un plan de cuidado con intervenciones de enfermería que prevengan la depresión en el adulto mayor.

La presente investigación permitió establecer la metodología para constituir el diagnóstico de enfermería aislamiento social en los adultos mayores, se contó con una herramienta para el uso del lenguaje disciplinar, beneficiando a la ciencia de enfermería y posteriormente a los adultos mayores receptores del cuidado. Las estudiantes de enfermería tienen la capacidad de valorar el confort social del adulto mayor, así mismo de realizar el razonamiento diagnóstico para validar la utilización de la taxonomía NANDA-I en población mexicana. Los recursos financieros corren a cargo de las investigadoras.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El aislamiento social se origina por diversos motivos, entre ellos la desintegración familiar, el bajo apoyo social, la baja autoestima y alteración del estado mental. Es aislamiento social se puede evidenciar con la disminución de la interacción con la familia o con otras personas, sensación de tristeza, pensamientos negativos hacia su persona lo que puede generar, desde el desapego familiar, soledad, tristeza, depresión, deterioro cognitivo, hasta la muerte.

La valoración de enfermería es esencial para realizar el cuidado de enfermería, es la primera etapa del proceso de enfermería (herramienta de sistematización del cuidado), a partir de ésta se realiza el diagnóstico de enfermería. Las guías por patrones funcionales disponibles no abarcan todas las características definitorias del diagnóstico o son poco precisas, por lo que se requieren la utilización de escalas, por consiguiente, la metodología para llegar al diagnóstico.

Por otra parte, es necesario cuantificar la prevalencia de los diagnósticos de la NANDA-I en la población mexicana, con el fin de validar su utilización en la práctica clínica y comunitaria. Por la problemática antes mencionada surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en dos grupos de adultos mayores del municipio de Ajacuba, Hidalgo?

## IV. – MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

### 4.1 Adulto mayor

- **Persona adulta mayor**, persona que cuente con 60 años o más de edad.
- **Persona adulta y adulta mayor en estado de abandono**, persona que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico, psicológico y carencia de recursos económicos.

#### 4.1.1 Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal, por tanto, la presencia de enfermedades debe considerarse como anormal. Algunos cambios que se presentan con mucha frecuencia, como la Aterosclerosis, no pueden considerarse normales, debido a que las personas que ingieren pocos productos animales tienen menor incidencia, de manera semejante, cuando se considera a la catarata como algo natural de las personas de la tercera edad, es un error, porque aquellas que tienen un mayor tiempo de exposición a los rayos Ultravioleta tienen incidencia superior de esta patología.<sup>5</sup>

Mientras más años tienen las personas, mayor es la frecuencia de problemas patológicos. Sin embargo, hay una gran variedad entre sujetos, debido a que las diferencias en la presentación de entidades nosológicas muestran mayor diversidad cuando se toma en cuenta la edad avanzada, las funciones orgánicas tienen cambios hora con hora, día con día.<sup>5</sup>

Los ritmos fisiológicos se alteran con el envejecimiento, la edad afecta el patrón circadiano de la temperatura corporal, concentraciones de cortisol plasmático y en el sueño puede inducir desincronización, provocando sueño en las personas adultas mayores hasta dos horas antes que en los jóvenes. La secreción pulsátil de gonadotrofinas coriónicas, hormona de crecimiento, tiroxina, melatonina y ACTH se atenúan con la edad.<sup>5</sup>

#### 4.1.1.1 Órganos de los sentidos

Los órganos de los sentidos son los responsables de captar y transmitir al cerebro ese complejo paquete de información. El tacto ayuda a no sufrir accidentes que se originen de piquetes, quemaduras y cortaduras, entre otros, de esa manera se facilita la integridad física. En ese sentido, la vista y el oído dan la facilidad de almacenar, guardar, integrar y evocar la información, o de otro modo detener memoria y poder usarla para funcionar socialmente.<sup>5</sup>

- Ojos

La edad es un factor de riesgo más importante del deterioro ocular, es importante entender que mientras la población siga envejeciendo, la morbilidad ocular seguirá en aumento.

En las pestañas se observa una disminución en cantidad y en longitud, esto favorece que las partículas suspendidas en el aire irriten la conjuntiva ocular, lo cual, relacionado a la pérdida parcial de grasa periorbital, favorece la presentación de conjuntivitis infecciosa y condiciona una exoftalmia discreta. En los párpados, el tejido de colágeno de la dermis degenera y produce elastosis senil. La atrofia cutánea puede favorecer blefarocalacia, que llega a ocluir en forma parcial la hendidura palpebral. Todo esto favorece la aparición de entropión senil.

La glándula lagrimal se atrofia, se modifica la secreción de lagrime en su cantidad, por tanto, la película precorneal, esto favorecerá el ojo seco y el ardor que muchos ancianos sienten en el ojo.<sup>5</sup>

- Oído

Todos los sentidos requieren de una mínima estimulación antes de percibir la sensación, esto se denomina como “umbral”, pero en el envejecimiento este umbral se va a encontrar aumentado, por tanto, la cantidad sensorial necesaria para darse cuenta la persona debería ser mayor.

El oído es uno de los sentidos que sufrirán cambios notables, junto con la visión, pero por fortuna, en la mayor parte de los casos, hay posibilidad de corrección de la alteración con el empleo de aparatos o prótesis auditivas.

Los oídos tienen dos funciones:

- Audición.
- Mantenimiento del equilibrio.

La audición se presenta al atravesar las vibraciones el tímpano y llegar al oído medio. El control del equilibrio se encuentra en el oído interno, donde son convertidas en impulsos nerviosos y transportadas al cerebro, por medio del nervio auditivo.

Con el envejecimiento las estructuras auditivas se deterioran, desde el pabellón auricular que crece, en el conducto auditivo externo disminuye el movimiento ciliar, hay atrofia y deshidratación de la piel, y el cerumen es más espeso, esto favorece la imputación, el tímpano con frecuencia se hace más grueso, los huesos del oído medio y la disminución de la membrana basilar en espesor o su calcificación.<sup>5</sup>

- Gusto

Hay aplanamiento y pérdida de las papilas gustativas, lo cual altera el sabor de los alimentos, la atrofia afecta menos el sabor dulce, seguido del salado, esto favorece cambios en las dietas de las personas de edad avanzada y aumenta los riesgos de intolerancia a la glucosa.

Dentro de la cavidad bucal se observan cambios en la mucosa gingival con pérdida del tejido elástico e incremento del colágeno, lo cual favorece que los ligamentos periodontales sean más rígidos y más susceptibles a rotura con el paso de los años y en consecuencia a la pérdida de piezas dentales.<sup>5</sup>

- Olfato

Hay que recordar que, en comparación con otras especies animales, el bulbo olfatorio en el ser humano ha disminuido de tamaño y su función ha bajado. Se calcula que cerca de 50% de la función disminuye para los 80 años de edad, esto entorpece más el sentido del gusto, lo que dificulta la alimentación debido a la poca variedad de alimentos que se consumen.

Con el paso de los años hay una mayor degeneración y disminución del número de células que lo componen, además se vuelve más difícil identificar olores.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.2 Sistema cardiovascular**

En los grandes vasos se observa rigidez, con aumento de peso y espesor por el depósito de grasa y calcio, lo cual por lo común se denomina arteriosclerosis, en las más pequeñas se ven rigidez, dilatación y tortuosidad, esto corresponde a pérdida de fibras elásticas y musculares.

La rigidez y disminución de elasticidad hacen que la aorta se comporte como tubo rígido, incrementando la onda de flujo y por tanto la presión sistólica, para que la presión diastólica no se afecte, es necesario que se aumente la frecuencia cardíaca, cuando este no sucede, la presión diferencial es mayor.

Cuando el corazón se acelera y aumenta la fuerza de expulsión de tal manera que el gasto cardíaco se mantenga, puede aparecer una hipertrofia ventricular izquierda, que también relaciona con cierto grado de estenosis aórtica, por fibrosis valvular.

En general se puede observar cierta rigidez valvular sin llegar a presentarse lesión, por lo cual solo en algunos casos se auscultan soplos sistólicos aórticos “normales”, cualquier soplo auscultado deberá valorarse, debido a que representa estenosis, o insuficiencia de la válvula en cuestión.

La aurícula izquierda incrementa su volumen en 50% entre la tercera y octava década de la vida.

El ventrículo izquierdo sufre una pequeña hipertrofia. Los miocitos crecen y son más vulnerables, la pérdida que se presenta de los mismos por apoptosis o necrosis hace que su número total disminuya, lo que se observa es una disminución del máximo de trabajo que se mide como un consumo máximo de oxígeno durante el ejercicio que se ve disminuido con el paso de los años en aquellos ancianos que han realizado y siguen ejercitándose.

El sistema de conducción cardíaca suele verse afectado por disminución de células en el nodo sinodal, así como en su velocidad de conducción como marcapasos, de aquí la disminución de la frecuencia cardíaca máxima de acuerdo con la edad.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.3 Sistema genitourinario**

##### **Cambios en la mujer- Adulto mayor**

Los ovarios disminuyen su peso de 25 a 2.5 g en la menopausia, hay fibrosis y disminuye en forma drástica la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisiario.

Los tejidos sensibles a hormonas femeninas sufren involución, relacionándose con cambios físicos globales.

La distribución de cambios de la grasa corporal tiende a concentrarse en la región de la cadera, la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumentan; se favorece el riesgo cardiovascular, sin olvidar la posibilidad de desarrollo, de osteoporosis.

En la región genital hay atrofia uterina, de vagina y de labios tanto mayores como menores, se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo cual favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Una pobre lubricación, más lenta y en menor cantidad, favorece la dispareunia.

Las mamas también sufren en lo que respecta a la glándula con formación fibrótica, da el aspecto pendular al seno, relacionado con la flacidez muscular.

Lo anterior promueve cambios físicos que tienden a disminuir la autoimagen corporal, favorece la depresión, lo cual se relaciona con la pobre vida sexual que en general se tiene por estos y otros motivos.<sup>5</sup>

##### **Cambios en el hombre-Adulto mayor**

La edad trae consigo un decremento de las concentraciones de testosterona, enfermedades concomitantes o algunos fármacos, pueden contribuir a esta causa. Tales es el caso de diabetes mellitus, hepatopatías y hemocromatosis, así como ingestión de Ketoconazol, cimetidina y glucocorticoides.

La espermatogénesis es menor y con un número mayor de anormalidades de los mismos espermatozoides. El líquido seminal es menos espeso y se produce en

menor cantidad, debido a lo anterior, la viabilidad espermática es menor y como resultado, la capacidad reproductiva es mínima; sin embargo, puede darse hasta el final de la existencia.

La próstata tiende a incrementar su tamaño y aumenta la frecuencia de cáncer de este órgano.

A nivel del pene hay esclerosis de las arterias y cuando se adicionan una gran cantidad de enfermedades (diabetes, hipertensión, entre otras) o tratamientos con fármacos que tengan efecto vascular, puede verse afectada la funcionalidad, aparece lo que se llama en la actualidad disfunción eréctil.

Sin embargo, en los adultos mayores sanos el poder sexual permanece con una respuesta más lenta, una erección que solo alcanza el máximo antes de la eyaculación, hay menos sensibilidad y en muchas ocasiones pueden retrasar la salida de líquido espermático, el periodo de resolución es más rápido y en algunos hombres la eyaculación retrograda (a la vejiga) da la impresión de eyaculaciones secas que no agradan a la persona; sin embargo, la sensación de placer persiste.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.4 Musculo esquelético**

La gran variedad en músculos, huesos y articulaciones hace difícil la diferenciación; los cambios que se presentan con el envejecimiento son: pérdida de la masa muscular, disminución de la fuerza, y velocidad de contracción debido a la disminución de fibras musculares tipo II, que a su vez es dependiente de estilos de vida como la nutrición, ejercicio, movilidad y enfermedades crónicas que la persona presenta.

El hueso es bien conocido como la pérdida de calcio con aumento en la reabsorción y, sobre todo en la mujer, hay disminución en la función de los osteoblastos, con función anormal de los osteoblastos.

El hueso trabecular pierde el soporte horizontal, por tanto, con cualquier traumatismo puede producirse colapso. Sin embargo, la remodelación ósea

persiste durante toda la vida, estos cambios se ven afectados en caso de fracturas, ya que los mecanismos reparadores se alteran.

En general con el envejecimiento se observan los siguientes cambios en musculo y hueso:

- Menor cantidad de músculos y huesos
- Menor resistencia de ambos
- Mayor posibilidad de daño ante factores externos
- Menor rango de movimiento y elasticidad
- Se ven alterados por factores hormonales
- Están expuestos a cambios ambientales.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.5 Barreras de defensa**

La piel y las mucosas son las primeras barreras contra las infecciones. La piel funciona en este sentido gracias a la humedad, la acidez de la superficie, así como la secreción de las glándulas eccrinas. Las mucosas defienden al cuerpo gracias a la producción de moco, donde quedan atrapados los microorganismos, que serán removidos por el movimiento ciliar.

Las alteraciones de la piel que se observan en el envejecimiento, así como derivadas de complicaciones secundarias a enfermedades generales como la diabetes mellitus o escaras, facilitan la entrada de bacterias al organismo. En las mucosas se observa una disminución en los movimientos ciliares, sobre todo en el aparato respiratorio, lo que facilita las infecciones de este tracto. A nivel de vías urinarias y en especial en la mujer, la disminución de estrógenos y los cambios en los glucoaminoglucanos alteran los mecanismos de adherencia, esto facilita las infecciones viscerales y las pielonefritis de manera secundaria, están relacionadas a las patologías obstructivas.

La disminución de la respuesta inmunitaria explica el aumento en la prevalencia de enfermedades infecciosas en la vejez, así como de neoplasias y enfermedades autoinmunitarias. La respuesta humoral disminuida, sobre todo en los linfocitos T

(CD8), y la alteración en la respuesta proliferativa de antígenos, son el principal defecto de la inmunidad medida por células.<sup>5</sup>

#### **4.1.1.6 Actividad física en el envejecimiento**

El envejecimiento produce como proceso normal cambios en la habilidad para adquirir o eliminar oxígeno en los tejidos corporales, se reduce el movimiento de la caja torácica y se acompaña de una fuerza muscular disminuida.

Los cambios en el balance perfusión-ventilación reducen la saturación de oxígeno arterial. La fuerza de eyección cardiaca y en aumento en la resistencia periférica, aunados a la baja de masa corporal, contribuyen a que la capacidad de la persona de 70 años de edad sea de 50%, en comparación con la edad del joven de 20 años. Existen algunas excepciones de personas que a los 75 años son capaces de realizar esfuerzos impresionantes.<sup>5</sup>

### **4.2 Proceso de atención de enfermería**

El proceso de atención de enfermería (PAE) Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El proceso de enfermería incluye la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planificación, el establecimiento de objetivos, las intervenciones y la evaluación. Las enfermeras usan la valoración y el juicio clínico para formular hipótesis, o explicaciones, sobre la presencia de problemas reales o potenciales, riesgos y/u oportunidades de promoción para la salud. Todos estos pasos requieren conocimientos sobre los conceptos subyacentes de la ciencia enfermera antes de que los patrones puedan ser identificados en los datos clínicos o de que se puedan formular diagnósticos precisos.<sup>6</sup>

#### **4.2.1 Valoración**

La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer). La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la Hermana Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos.<sup>6</sup>

#### **4.2.2 Diagnóstico**

Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad (p. ej., necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo).

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial.<sup>6</sup>

#### **4.2.3 Planificación/intervención**

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase

comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas

- Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
- Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?
- Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
- Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?<sup>6</sup>

#### **4.2.4 Ejecución**

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.<sup>6</sup>

#### **4.2.5 Evaluación**

En la fase de evaluación se compara los resultados obtenidos con los objetivos planteados para verificar si se ha realizado un buen plan de cuidados para con el paciente. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.

Un diagnóstico enfermero «proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad». El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia delante y hacia atrás durante su desarrollo.

Las enfermeras se mueven entre la valoración y el diagnóstico enfermero, por ejemplo, cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente.

La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.<sup>6</sup>

### **De la valoración al diagnóstico**

La valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber diagnóstico enfermero, y sin el diagnóstico no se pueden identificar intervenciones enfermeras independientes. La valoración no debería realizarse meramente para rellenar espacios de un formulario o una pantalla de ordenador

La valoración implica múltiples etapas, el objetivo de las cuales son los diagnósticos y la priorización de dichos diagnósticos, que más tarde constituirán la base del tratamiento enfermero.<sup>6</sup>

### **La valoración de cribado**

Existen dos tipos de valoración: cribado y en profundidad. Mientras que ambos requieren recogida de datos, responden a diferentes propósitos.

La valoración de cribado es la fase inicial de recogida de datos, y es probablemente la más fácil de completar.

La valoración en profundidad es más focalizada, capacitando a la enfermera para explorar la información identificada en el cribado inicial y para buscar claves adicionales que puedan confirmar o refutar los diagnósticos enfermeros potenciales.<sup>6</sup>

### **Análisis de datos**

Su propósito es ayudarnos a considerar qué significado pueden tener los datos que recogimos en la valoración de cribado, o ayudarnos a identificar datos adicionales que debemos recoger.

Los datos son los hechos tal cual se producen, recogidos por las enfermeras a través de sus observaciones. Las enfermeras recogen datos del paciente (o la familia/grupo/comunidad) y usando el conocimiento enfermero los transforman en información. Puede entenderse la información como los datos con un juicio o significado asignado, como «alto» o «bajo», «normal» o «anormal», e «importante» o «no importante».<sup>6</sup>

### **Datos subjetivos frente a datos objetivos**

Las enfermeras recogen y documentan dos tipos de datos relacionados con el paciente: subjetivos y objetivos. Mientras que los médicos valoran los datos objetivos por encima de los subjetivos para identificar los diagnósticos médicos, las enfermeras valoran ambos tipos de datos para identificar los diagnósticos enfermeros

Los datos objetivos son aquellos aspectos que las enfermeras observan sobre el paciente. Los datos objetivos se recogen a través del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas. Aquí «observar» no sólo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos.<sup>6</sup>

### **4.3 NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association): Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.**

Es una organización dirigida por sus miembros, cuya base está comprometida con el desarrollo de la terminología de los diagnósticos enfermeros. El resultado

esperado del trabajo de la asociación es proporcionar a las enfermeras de todos los niveles y en todas las áreas de la práctica una terminología estandarizada de enfermería con la que:

- Nombrar respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud y procesos vitales.
- Desarrollar, perfeccionar y difundir terminología basada en la evidencia que represente los juicios clínicos realizados por las enfermeras profesionales.
- Facilitar el estudio de los fenómenos que preocupan a las enfermeras con el propósito de mejorar el cuidado, la seguridad y los resultados de los pacientes sobre los cuales las enfermeras tienen responsabilidad.
- Documentar los cuidados para el pago de los servicios enfermeros.
- Contribuir al desarrollo de la informática y los estándares de información, asegurando la inclusión de la terminología enfermera en el dossier electrónico salud.

La terminología enfermera es la clave para definir el futuro de la práctica enfermera y para asegurar que el conocimiento enfermero está representado en el expediente del paciente. NANDA-I es el líder mundial en este esfuerzo.<sup>6</sup>

#### **4.3.1 Taxonomía II de NANDA-I**

NANDA International, Inc. proporciona una terminología estandarizada de diagnósticos enfermeros y presenta todos sus diagnósticos en un esquema de clasificación, más específicamente una taxonomía. Es importante comprender un poco qué es una taxonomía y cómo una taxonomía se diferencia de una terminología. Por eso, permítanme que me tome unos momentos para hablarles sobre lo que la taxonomía representa realmente. Una definición de la taxonomía II de NANDA-I podría ser: «un orden sistemático de fenómenos que definen el conocimiento de la disciplina enfermera». ¡Eso sí que es una afirmación! De forma más sencilla, la taxonomía II de NANDA-I de los diagnósticos enfermeros es un esquema de clasificación que nos ayuda a organizar los conceptos que atañen a la práctica enfermera.<sup>6</sup>

Una taxonomía es una manera de clasificar u ordenar cosas (fenómenos, ideas, conceptos) en categorías; es un esquema de clasificación jerárquica de grupos principales, subgrupos e ítems. Una terminología, por otro lado, es el lenguaje que se usa en una determinada disciplina para describir alguna cosa (fenómeno, idea, concepto) específica; es el lenguaje usado por una disciplina para describir su conocimiento. Por tanto, los diagnósticos enfermeros conforman un lenguaje de la disciplina, de manera que cuando queremos hablar de los diagnósticos estamos hablando de la terminología del conocimiento enfermero. Cuando queremos hablar sobre la manera cómo estructuramos o categorizamos los diagnósticos NANDA-I estamos hablando sobre la taxonomía. La palabra taxonomía viene de las palabras griegas taxis, que significa orden, y nomos, que significa ley.

En la taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I usamos un gráfico jerárquico para mostrar nuestros dominios y clases. Los diagnósticos no se muestran en realidad en el gráfico, aunque esto se podría hacer. La razón principal para no incluir los diagnósticos es que son 235.

Una taxonomía en el sistema de salud, por tanto, tiene múltiples funciones, incluyendo:

- Proporcionar una visión del área de conocimiento y práctica de una profesión específica.
- Organizar los fenómenos de manera que se refieran a los cambios de salud, procesos y mecanismos de interés para los profesionales.
- Mostrar las conexiones lógicas entre factores que pueden ser controlados o manipulados por los profesionales en la disciplina.
- La taxonomía II de NANDA-I está pensada para funcionar de manera que debería:
- Proporcionar un modelo o mapa cognitivo del conocimiento de la disciplina enfermera.
- Comunicar ese conocimiento, perspectivas y teorías.
- Proporcionar estructura y orden para el conocimiento.
- Servir como instrumento de apoyo para el razonamiento clínico.

- Proporcionar una manera de organizar los diagnósticos enfermeros en el dossier electrónico de salud.

La taxonomía se define como la «rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación sistemática, especialmente de los organismos; un esquema de clasificación». En una taxonomía los dominios son «una esfera de conocimiento, influencia o investigación» y las clases son «un grupo, conjunto o categoría que comparte atributos comunes». Podemos adaptar esa definición a una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente, nos ocupamos de la clasificación ordenada de los focos de interés de los diagnósticos enfermeros, siguiendo sus presuntas relaciones naturales. La taxonomía II presenta tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Muestra la organización de los dominios y clases en la taxonomía II; la taxonomía II con sus 13 dominios, 47 clases y los 235 diagnósticos actuales. La estructura de la taxonomía II utiliza códigos de 32-bits (o si la base de datos del usuario usa otro tipo de codificación, la estructura utiliza códigos de cinco dígitos. Esta estructura proporciona estabilidad o crecimiento y desarrollo de la estructura taxonómica evitando la necesidad de cambiar los códigos cuando se añaden nuevos diagnósticos, modificaciones o revisiones. Se asignan nuevos códigos a los diagnósticos nuevos aprobados. Los códigos retirados nunca se reutilizan. La estructura del código de la Taxonomía II cumple con las recomendaciones de la National Library of Medicine (NLM) con respecto a los códigos de la terminología de salud. La NLM recomienda que los códigos no contengan información sobre el concepto clasificado, tal y como ocurría en la estructura de codificación de la taxonomía I, la cual incluía información sobre la localización y el nivel del diagnóstico.<sup>6</sup>

Los diagnósticos NANDA-I son conceptos construidos por medio de un sistema multiaxial. Este sistema está formado por ejes, los componentes de los cuales se combinan para que los diagnósticos sean sustancialmente similares en forma y coherentes con el modelo ISO. Un eje, para el propósito de la taxonomía II de NANDA-I, se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana

que es considerada en el proceso diagnóstico. Existen siete ejes. El modelo NANDA-I para un diagnóstico enfermero muestra los siete ejes y su relación.<sup>5</sup>

#### **4.3.2 Diagnóstico de enfermería**

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico en relación con la respuesta humana a afecciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad para esa respuesta, de un individuo, familia, grupo o comunidad. Requiere una valoración enfermera para ser diagnosticado correctamente, no se pueden estandarizar de forma segura los diagnósticos enfermeros usando los diagnósticos médicos. Aunque es cierto que existen algunos diagnósticos enfermeros que se dan de forma frecuente en pacientes que presentan determinados diagnósticos médicos, el hecho es que usted no sabrá si un diagnóstico es preciso a no ser que realice una valoración de las características definitorias y establezca que existen factores relacionados. Un diagnóstico enfermero proporciona las bases para la selección de las intervenciones enfermeras para la consecución de los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad. Esto significa que los diagnósticos enfermeros se utilizan para determinar el plan de cuidados apropiado para el paciente, guiando los resultados y las intervenciones del mismo.<sup>6</sup>

NANDA-I identifica tres categorías de diagnósticos enfermeros: focalizados en problemas, promoción de la salud y diagnósticos de riesgo. Dentro de esas categorías puede encontrar también síndromes.

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además necesitan saber los «indicadores diagnósticos» los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores diagnósticos incluye características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo.

Las características definitorias son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico. Una valoración que identifica la

presencia de un determinado número de características apoya la precisión del diagnóstico enfermero.

Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero. Los factores de riesgo son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.<sup>6</sup>

#### **4.3.3 Tipos de diagnóstico de enfermería**

- **Diagnostico enfermero**

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de vida, o una vulnerabilidad para esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados sobre los cuales de enfermedad tiene la responsabilidad (aprobado en la no enajenación conferencia de NANDA; modificado en 2009 y 2013)<sup>6</sup>

- **Diagnostico enfermero enfocado al problema**

Un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable o condiciones de salud/proceso de vida que existen en un individuo familia grupo o comunidad.

Para hacer un diagnóstico centrado en el problema, debe estar presente lo siguiente: características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de pistas o inferencias relacionadas. También se requieren

factores relacionados (factores etiológicos) que están relacionados, que contribuyen o son antecedentes en enfoque diagnóstico.<sup>6</sup>

- **Diagnostico enfermero de promoción de la salud**

Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan mediante una disposición para mejorar el comportamiento de salud específico y se pueden realizar en cualquier estado de salud. En las personas que no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar qué existe una condición para la promoción de la salud y actuar en nombre del cliente. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, familia, grupo o comunidad.<sup>6</sup>

- **Diagnostico enfermero de riesgo**

Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana e indeseable a condiciones de salud/procesos de vida.

Para hacer un diagnóstico centrado en el riesgo, lo siguiente debe estar presente: respaldo de factores de riesgo que contribuyan a una mayor susceptibilidad.<sup>6</sup>

Componentes Diagnostico de Enfermería (PES)

<b>Problema</b>	Respuesta de la persona
<b>Etiología</b>	Factores que contribuyen o causas probables de la respuesta
<b>Signos y síntomas</b>	Características definitorias

#### **4.3.4 Clase**

Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen. El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales consta de tres partes: Problema de salud (Etiqueta) + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones).<sup>6</sup>

#### **4.3.5 Dominios de la NANDA**

Dominio 1: Promoción de la salud

Dominio 2: Nutrición

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Dominio 4: Actividad/reposo

Dominio 5: Percepción/cognición

Dominio 6: Auto percepción

Dominio 7: Rol/relaciones

Dominio 8: Sexualidad

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Dominio 10: Principios vitales

Dominio 11: Seguridad/protección

Dominio 12: Confort

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

#### **4.3.6 Dominio 12. Confort**

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 3. Confort social

Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

□ 00053- Aislamiento social.

- Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

#### 4.4 Investigación epidemiológica en diagnósticos enfermeros

Los objetivos de la investigación epidemiológica de los diagnósticos de enfermería son describir la importancia del lenguaje diagnóstico enfermero en el contexto de la epidemiología; y analizar estudios de prevalencia, descriptivos y de asociación con diferentes condiciones de los sujetos que le permitan determinar el estado actual de los diagnósticos enfermeros en el ámbito epidemiológico.

La epidemiología contemporánea centra sus principios, técnicas y aplicaciones en la interpretación de la salud como producto de que aquellas interacciones del hombre y su medio, basando el interés de dichas interacciones en la identificación de respuestas que se originan: reacciones y adaptaciones e inadaptaciones biológicas y sociales como fuentes de enfermedad.

A tal efecto, los diagnósticos enfermeros adquieren relevancia para la descripción de dichas entidades nosológicas, pues se definen como enunciados clínicos que identifican necesidades, respuestas o experiencias humanas tratadas por las enfermeras.<sup>6</sup>

##### 4.4.1 Fines teóricos y fines prácticos de la epidemiología según Jenicek en 1987.

FINES TEORICOS
Exactitud: eliminaciones accidentales (sesgos), reducción y de errores y sistemáticos
Clasificación: información básica necesaria para el desarrollo de buenos sistemas taxonómicos.
Razonamiento: refuerzo de criterios de juicio clínico y en salud comunitaria.
Normalidad: mejora de conceptos y técnicas de los fenómenos de salud.
Representatividad: determinación de la población de referencia.
FINES PRACTICOS
Contribución a la elección de los mejores métodos diagnósticos.
Identificación de la magnitud del problema de salud en una población de finida; grupos de particular interés, de

Riesgo y, en consecuencia, definición de programas de salud a establecer como tratamientos o intervenciones comunitarias.
Descubrimiento de causas por las que aparece y persiste un problema de salud en una comunidad, conformando esto el fundamento lógico de las medidas preventivas.
Evaluación de eficacia de programas de salud: prevención primaria, tratamiento, cambios de conducta
Acciones de vigilancia epidemiológica, de la evolución temporal de fenómenos de salud como contribución a la evaluación dinámica de la normalidad (variabilidad), posibilitando a la anticipación epidemiológica.

Puede observarse la importancia de esta para la disciplina de enfermera, a fin de determinar las necesidades de cuidados prioritarias para diferentes grupos poblacionales.<sup>6</sup>

#### **4.4.2 Tipos de estudios que conformaran la investigación epidemiológica en lenguajes diagnósticos de enfermería.**

- Identificación del problema por su frecuencia de aparición en ámbitos de asistencia de enfermería.
- Estudios transversales para identificar su prevalencia.
- Estudios de seguimiento para determinar la incidencia.
- Estudios de casos y controles para valorar los factores asociados.
- Estudios de cohortes para identificar factores de riesgo.
- Ensayos clínicos para valorar la eficacia de actuaciones sobre el problema.
- Ensayos de campo para valorar la efectividad de intervenciones comunitarias.

Se persigue un sistema diagnóstico que facilite el razonamiento clínico, proponiendo, según Herdman, un modelo de investigación internacional centrado en tres áreas: la práctica clínica, los fines educativos-docentes y la confluencia de numerosos sistemas de registros informatizados de necesidades de cuidados dentro de la historia de salud electrónica.<sup>6</sup>

La clasificación NANDA-I se actualiza periódicamente con un enfoque eminentemente práctico. Cada vez son más los estudios publicados que validan, con muestras pequeñas de pacientes, diagnósticos enfermeros en contextos concretos. Además, los fundamentos teóricos del conocimiento enfermero basado en las taxonomías se ven reforzados por teorías de rango medio: descriptivas y predictivas.<sup>7</sup>

#### Interés epidemiológico de la taxonomía diagnóstica enfermera

La taxonomía diagnóstica conforma en sí misma una teoría descriptiva de rango medio, que opera mediante la clasificación de fenómenos desde los conceptos básicos que suponen los diagnósticos. A nuestro juicio, la utilización de dichos enunciados tiene diversas perspectivas con tres valores posibles en su empleo, que exponen la versatilidad y las posibilidades de uso de esta clasificación de problemas: valor clínico, valor poblacional y valor predictivo.<sup>7</sup>

#### Valor clínico

Fundamenta la gran utilidad práctica de los diagnósticos enfermeros priorizando el enfoque en la resolución de problemas individuales o familiares. En la utilización de la taxonomía NANDA-I a estos efectos, se busca el enunciado de diagnósticos precisos y exactos, que describan adecuadamente necesidades de cuidado de los registros de salud electrónicos con sus oportunas especificaciones a modo de características definitorias y factores relacionados o de riesgo. No parece oportuna la acumulación de etiqueta registrada sin discusión o maduración clínica suficiente. Para facilitar el razonamiento en el ejercicio diagnóstico, algunos autores proponen sistemas informatizados de ayuda. Por ello es tan importante la validación clínica de los diagnósticos enfermeros, y existen nuevos planteamientos y métodos para este proceso. Es habitual encontrarnos en las realidades asistenciales con planes estandarizados a partir de patologías o procesos, cuyo registro se automatiza sin un procesado suficiente, válido y fiable. Así, cabe el riesgo de que en estos planes de cuidados predominen numerosas etiquetas tanto diagnósticas como de objetivos y de intervenciones. La mayoría de las veces, en detrimento de la calidad y la

calidad informativas. Para mejorar esta situación, es necesario seguir perfeccionando, a través de la investigación, los sistemas diagnósticos en la disciplina enfermera. Pero esto, que parece un problema nuclear para nuestro desarrollo profesional y que ha sido objeto de crítica en no pocas ocasiones, sucede igualmente en otras disciplinas: en medicina, la historia y la tradición han contribuido a la utilización de numerosos métodos o criterios diagnósticos... sin embargo, muy pocos métodos diagnósticos actuales han sido validados. Esto se debe a que los investigadores tienden a validar primero los nuevos métodos sobre todo los menos generalizados. Esta sentencia sitúa a la investigación enfermera, en el campo de los métodos diagnósticos y la validación taxonómica, en una posición para nada atrasada con respecto al curso normal de las actividades sanitarias. Por tanto, puede que el ejercicio epidemiológico consista simplemente en contar y medir, aquellas cuestiones relativas a las necesidades de cuidados, mejorables por acciones enfermeras.

El valor clínico de los diagnósticos enfermeros persigue como objetivo la descripción y la comprensión exacta de las necesidades, las respuestas o las experiencias que vive el paciente, en los términos necesarios para permitir un abordaje efectivo y su resolución. Desde el punto de vista centrado en el contexto asistencial de la prestación de cuidados, los diagnósticos enfermeros deben ser priorizados, más que un grupo numeroso de etiquetas que, por imprecisas, suman ambigüedad y ruido al conjunto de información clínica sin reflejar las realidades de los pacientes<sup>7</sup>

#### Valor poblacional

En el ámbito comunitario no existe una epidemiología de necesidades de cuidados, aunque en los sistemas sanitarios públicos los registros de salud electrónicos generan datos epidemiológicos, no lo suficiente explotados. Esto es posible debido a que los sistemas informatizados incluyen lenguajes de cuidados entre los conjuntos mínimos básicos de datos, además partimos de que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ante los problemas de los sistemas de información como la complejidad o la diversidad, ha sugerido desarrollar nuevos

tipos de registros sobre estilos de vida, riesgos evitables o capacidad funcional de las personas "Los sistemas de atención sanitaria orientados a aplicar los principios de la atención primaria exigen sistemas robustos de información , que permitan entender cabalmente las necesidades de salud de las poblaciones, que comprueben que los programas estén llegando a los más necesitados; que midan los efectos de la intervenciones y que evalúen mejor el desempeño.

Mediante los lenguajes enfermeros puede cubrirse parte de esta demanda de información sanitaria para generar una epidemiología valida sobre necesidades poblacionales, contribuyendo a lograr los requerimientos que en el campo de la investigación se propone como "sistemas de información que generen datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones" La taxonomía diagnostica conforma información valida que complementa y completa la ya existente en los sistemas de registro sanitarios. Para ello deben articularse mecanismos oportunos, dentro de las normativas de práctica profesional, que hagan referencia a las competencias enfermeras en salud pública y comunitaria cumpla entre sus competencias prioritarias:

- Establecer y dirigir redes centinelas de epidemiología de los cuidados.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica.
- Manejar los sistemas de información epidemiológica.

El diagnostico enfermero en el ámbito comunitario tan escasamente desarrollado, adquiere mayor relevancia en este contexto pudiendo contribuir, bajo la perspectiva poblacional, a mejoras en su validación clínica y a la creación de nuevos problemas comunitarios no complementados en la taxonomía NANDA-I. Dependiendo de las necesidades poblacionales podrían organizarse los recursos humanos, incluso por sus características competenciales. La lógica de la enfermería moderna gira alrededor de la potenciación de un pensamiento crítico enfermero que realmente supone el centro de los cuidados e impulsaría la sistematización de métodos diagnósticos potentes.<sup>7</sup>

## **4.5 Teorías biológicas del envejecimiento**

Las teorías biológicas del envejecimiento se divide en dos grupos: las teorías programadas y las teorías de error. Las teorías programadas sostienen que el envejecimiento sigue un horario biológico y que representa la continuación del grupo que regula el crecimiento y el desarrollo en la infancia. Las teorías del error enfatizan las agresiones ambientales y al sistema humano que gradualmente hacen que las cosas vayan mal.<sup>8</sup>

### **4.5.1 Teorías programadas**

Las teorías programadas tienen la hipótesis de que los códigos genéticos del cuerpo contienen instrucciones para regular la producción y muerte celular. Las siguientes son algunas de las teorías programadas más conocidas.<sup>8</sup>

- Longevidad programada.

El envejecimiento es el resultado de la activación y desactivación secuencial de ciertos genes, definiendo la senescencia como el momento en el tiempo en el que se manifiestan las deficiencias funcionales asociadas a la edad. Las personas que se adhieren a esta teoría están interesadas en el estudio del genoma humano y en las teorías genéticas del envejecimiento.<sup>8</sup>

- Teoría endocrina.

Los relojes biológicos actúan a través de hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento. Los defensores de esta teoría atribuyen al uso de varias hormonas naturales y sintéticas, como la testosterona, el estrógeno y la hormona del crecimiento humano, el enlentecimiento del proceso del envejecimiento.<sup>8</sup>

- Teoría inmunológica.

Un declive programado de las funciones del sistema inmune da lugar a un aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, al envejecimiento y por último a la muerte. Los declives en la función del sistema inmune pueden afectar a los resultados de muchas enfermedades como las infecciones postoperatorias,

diabetes, infecciones del tracto urinario y neumonía. Se acepta de forma general que una dieta y estilo de vida saludables unidos a medidas sanitarias preventivas, como la vacunación anual frecuente a la gripe y limitar la exposición a los patógenos, puede mantener la función inmune en la persona mayor.<sup>8</sup>

#### **4.5.2 Teorías del error**

Las teorías del error más populares se enumeran a continuación y mantienen la hipótesis que las agresiones ambientales y la necesidad continua del cuerpo de producir energía y de tener combustible para las actividades metabólicas dan lugar a la acumulación de subproductos tóxicos. Estos subproductos tóxicos pueden acabar afectando a la función corporal normal y la reparación celular.<sup>8</sup>

- Teoría del desgaste

Las células y los órganos tienen partes vitales que se desgastan tras años de uso. Los defensores de esta teoría ven el cuerpo humano como una máquina. Piensan que un “reloj magistral” controla todos los órganos y que las funciones celulares se ralentizan con el tiempo y se vuelven menos eficientes en la reparación de las disfunciones corporales producidas por agresiones ambientales. El abuso o desuso de un órgano o sistema del cuerpo pueden estimular el envejecimiento prematuro y la enfermedad.<sup>8</sup>

- Teoría del vínculo.

En esta teoría el acumulo de proteínas vinculadas resultantes de la unión de la glucosa a las proteínas da lugar a varios problemas. Una vez se realiza la unión, la proteína no puede funcionar de forma normal y puede producir problemas visuales como las cataratas o las arrugas y el envejecimiento de la piel. La dieta moderna suele ser rica en azúcares y carbohidratos pueden ralentizar la formación de vínculos.<sup>8</sup>

- Teoría de los radicales libres.

El daño acumulado causado por los radicales libres de oxígeno hace que las células, y finalmente los órganos, pierdan su función y la reserva orgánica. Se cree que el uso de antioxidantes y vitaminas realizan este daño.<sup>8</sup>

- Teoría del daño del ADN somático.

Se producen mutaciones genéticas que se acumulan al aumentar la edad, haciendo que las células se deterioren y funcionen mal. Los defensores de esta teoría piensan que la manipulación y la alteración genética podrían ralentizar el proceso del envejecimiento.<sup>8</sup>

#### **4.5.3 Teorías psicológicas del envejecimiento**

La mayoría de las teorías psicológicas mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas para que una persona pueda envejecer con éxito. Los desencadenantes pueden ser los cambios físicos del envejecimiento, los problemas de la jubilación, sobrellevar la muerte del cónyuge o de amigos y tal vez el declive de la salud. Las principales teorías psicológicas del envejecimiento incluyen la teoría individualista de Jung y la teoría del desarrollo de Erikson.<sup>8</sup>

- Teoría individualista de Jung

Esta teoría parte de la hipótesis de que cuando una persona envejece, el enfoque se desplaza desde el mundo exterior hacia la experiencia interior. En esta etapa de la vida, la persona mayor busca respuestas a muchos de los enigmas de la vida e intenta encontrar la esencia del verdadero yo. Para envejecer con éxito la persona mayor debe aceptar los logros y los fracasos pasados. Jung, 1960.<sup>8</sup>

- Teoría del desarrollo de Erikson.

Según Erikson, hay ocho etapas de la vida en cada una de las cuales hay que cumplir unas tareas del desarrollo. La tarea de la persona mayor incluye la integridad del ego frente a la desesperanza. Erikson proponía que, durante esta etapa, la persona mayor empezaría a preocuparse por la aceptación final de la muerte sin volverse enfermizo ni obsesivo con estos pensamientos.<sup>8</sup>

#### **4.5.4 Teorías sociológicas del envejecimiento**

Las teorías sociológicas del envejecimiento difieren de las biológicas en que tienden a centrarse en los papeles y relaciones que ocurren al final de la vida. Cada una de las teorías debe juzgarse con el contexto de la época en que fueron formuladas. Las principales teorías sociológicas del envejecimiento incluyen la teoría de la liberación, la teoría de la actividad y la teoría de la continuidad.<sup>9</sup>

- Teoría de la liberación.

Introducida por Cummings y Henry en 1961, afirma que el patrón de conducta adecuado de la conducta de la persona mayor es liberarse de la sociedad en general en una retirada mutua y recíproca. Así, cuando se produce la muerte, ni el individuo mayor ni la sociedad se ven perjudicados y se mantiene el equilibrio social. La jubilación obligatoria fuerza a algunas personas mayores a retirarse de los papeles relacionados con el trabajo, acelerando el proceso de liberación. En algunas culturas, las personas mayores permanecen vinculadas a la sociedad, activas y ocupadas durante toda su vida.<sup>9</sup>

- Teoría de la actividad.

Esta teoría contradice la de la liberación, proponiendo que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito, Havighurst, Neugarten y Tobin, 1963. Manteniéndose activo y ampliando las actividades de que se disfruta en la edad media de la vida, la persona mayor tiene más probabilidades de disfrutar en su vejez. Se asume que la felicidad y la satisfacción con la vida resultan de un alto nivel de implicación con el mundo y con el mantenimiento de las relaciones sociales.<sup>9</sup>

- Teoría de la continuidad.

Esta teoría afirma que un envejecimiento con éxito implica mantener o continuar los valores, hábitos, preferencias, y lazos familiares previos, y todos los demás enlaces que hayan formado la estructura básica de la vida adulta. La vejez no se ve como

un momento que deba desencadenar un gran reajuste de la vida, sino simplemente un momento para seguir siendo la misma persona, Havighurst et al., 1963.<sup>9</sup>

#### **4.5.5 Provisión de servicios y cuidados**

En términos generales los servicios generales para el cuidado de los ancianos pueden considerarse bajo tres categorías:

- Seguridad social.
- Servicios de salud.
- Servicios sociales.

##### **4.5.5.1 Seguridad social**

Para asegurar que se cubran las necesidades básicas de los ancianos, algunos de los gobiernos locales en México, aspiran a garantizar un estándar de vida mínimo para sus adultos mayores a través de una presión universal pequeña. En contraste, otras sociedades enfatizan el desarrollo del sistema de fondos de pensiones más eficientes para proveer de recursos a sus trabajadores retirados, a través de la participación en esquemas de pensión gubernamentales y del sector privado. De otra manera, esta gente tendrá que depender principalmente de sus propios recursos al llegar a una edad avanzada. En el presente los pasivos correspondientes a los fondos de pensiones alcanzan proporciones desmesuradas y obligan a una pronta acción, si bien los costos políticos serán sin duda elevados.<sup>8</sup>

##### **4.5.5.2 Seguridad de salud**

El cuidado de la salud comprende una amplia gama de servicios desde el nivel primario hasta instituciones y hospitales especializados. Cuando requieren atención médica los ancianos tienden a confiar en las instituciones que el gobierno provee, en particular para servicios de hospitalización y rehabilitación. Esto es debido a que muy pocos tienen los recursos o los seguros que paguen por atención y medicamentos en el sector privado, aunque hay excepciones, tales como cobertura especial, personal retirado de las fuerzas armadas y algunos servidores públicos. Sin embargo, en su mayoría, la población mayor, hoy día confía en un cuidado

primario pagado por ellos mismos, y solo si necesitan hospitalización acuden al sector público. En México se proporcionan al menos los servicios básicos de hospitalización para la población de mayor edad, aunque estos servicios son de difícil acceso o están con frecuencia al límite de su capacidad. La inclusión de este grupo específico en el seguro popular daría sin duda un servicio significativo a sus necesidades.

El estudio de las determinantes de la salud revela que existe una amplia gama de factores que contribuye a la salud de los ancianos o que los coloca en situaciones de riesgo. Estas determinantes se encuentran rara vez aisladas y por tanto se benefician de soluciones unidimensionales. Es por ello que se requiere un enfoque multisectorial para afrontar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y promover los que favorecen un envejecimiento activo. Los principales son el aislamiento social, pobreza, nutrición deficiente, sedentarismo, estrés, ansiedad y depresión.<sup>8</sup>

#### **4.5.5.3 Servicios sociales**

La tercera categoría tiene que ver con la provisión de asistencia y servicios de albergue y alojamiento especializado para los ancianos. Los límites y avances de los servicios desarrollados en México tienen amplias variaciones regionales. Algunos servicios sociales, como los recreativos, están más generalizados. Mientras que otros, se enfocan más a adultos mayores, tales como el cuidado institucional, asistencia de día y servicios de ayuda en el hogar, están mucho menos desarrollados.<sup>8</sup>

#### **4.5.5.4 La salud de los adultos mayores**

La situación del adulto mayor en muchos países es compleja, y como tal requiere una eficiente atención. En reiteradas oportunidades se observan situaciones donde los síntomas de las enfermedades, en los casos de los ancianos, son confundidos con los defectos de envejecimiento. Ciertamente existen padecimientos en los cuales científicamente no se ha descubierto la cura, pero un diagnóstico a tiempo ofrece algunas garantías de control y atenuación de las consecuencias.

#### **4.6 La teoría del confort de Katharine Kolcaba**

Propósito de la teoría es proporcionar comodidad a la persona hospitalizada y familia para favorecer la tranquilidad y el bienestar través de intervenciones de enfermería. Con la finalidad de que se sientan como es su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria ni estresante, esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado para que sea un miembro activo y no solo un visitante pasivo. La teoría del confort contiene tres partes que se comprueban por separado o como un todo.<sup>8</sup>

La parte I afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort en los receptores (pacientes y familias), en comparación con una preintervención basal. Los cuidadores pueden ser receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral. Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos. Estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de asistencia técnica.<sup>8</sup>

La parte II afirma que el mayor confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud que se negocian con los receptores.

La parte III afirma que la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

Kolcaba utilizo los tres tipos siguientes de razonamiento lógico:

**INDUCCION:** consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados. Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y de la enfermería como disciplina, conocen los conceptos implícitos y explícitos y explícitos, los términos, las afirmaciones y los supuestos que subyacen en su práctica.

DEDUCCION: consiste en inferir conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales, va de lo general a lo específico. El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relaciono la comodidad con otros conceptos y dio lugar a la teoría.

RETRODUCCION: es útil para seleccionar fenómenos que pueden desarrollarse con mayor profundidad y probarse. Este tipo de razonamiento se aplica a campos que disponen de pocas teorías.<sup>8</sup>

### Principales premisas

**Enfermería** La enfermería incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de una implantación de dichas medidas, en comparación con una situación anterior. La valoración y la revaloración deben ser intuitivas y subjetivas.

**Paciente** Los receptores del cuidado deben ser individuos familias instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud las enfermeras pueden ser receptoras de un mayor Confort en el lugar de trabajo cuando se ponen en marcha iniciativas para mejorar las condiciones laborales.

**Entorno** El entorno es cualquier aspecto del paciente la familia o las instituciones que la enfermera los familiares o la institución pueden manipular para mejorar el confort.

**Salud** La salud es el funcionamiento óptimo del paciente familia profesional de la salud o comunidad según la definición del paciente o grupo.

### Principales conceptos y definiciones

Tienen una influencia en la planificación y el éxito de las intervenciones de cuidados en los pacientes

### Necesidades de cuidados de la salud

Las necesidades de cuidados de la salud son necesidades para conseguir la comodidad que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidados de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen de manifiesto a través del seguimiento, informes verbales y no verbales, parámetros fisiopatológicos, educación y de apoyo, y asesoramiento e intervención financiera.

### Intervenciones de confort

Son intervenciones enfermeras y referencias diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas.

### Variables de intervención

Son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de comodidad total por parte de los receptores. Consisten en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Estas variables de intervención tienen una influencia en la planificación y el éxito de las intervenciones de cuidados en los pacientes.

### Confort

El confort es el estado en el que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata y elíptica de fortalecerse cuando se abordan

las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental).<sup>8</sup>

Contexto en el que se produce el confort	Tipo de confort		
	ALIVIO	TRANQUILIDAD	TRASCENDENCIA
FÍSICO			
PSICOESPIRITUAL			
AMBIENTAL			
SOCIAL			

**Tipo de confort:**

Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha su necesidad específica.

Tranquilidad: estado de calma o satisfacción.

Trascendencia: estado en el que está por encima de los problemas o el dolor propios.

**Contexto en el que se produce el confort**

Físico: perteneciente a las sensaciones del cuerpo.

Psicoespiritual: hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida

Ambiente: incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas.

Social: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

**Figura 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba.**<sup>8</sup>

Conductas de búsqueda de la salud

Componen una amplia categoría de resultados relacionada con esta búsqueda tal como es definida por el receptor o receptores en consulta con el profesional de enfermería. La categoría fue sintetizada por Schloteldt en 1975 y propuesta para una muerte tranquila interna o externa.

Integridad institucional

Corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, regiones, estados y países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, atractivos éticos y sinceros poseen integridades institucionales. Cuando una institución muestra este tipo de integridad genera pruebas para las mejores prácticas las mejores políticas.

### Prácticas recomendadas

La utilización de intervenciones de atención sanitaria basadas en la evidencia para producir los mejores resultados posibles en el paciente y su familia se conoce como prácticas recomendadas.

### Políticas recomendadas

Políticas institucionales o regionales que abarcan protocolos para procedimientos y afecciones médicas y el exceso y prestación de asistencia sanitaria se conocen como políticas recomendadas.<sup>8</sup>

#### 4.6.1 Marco conceptual de la teoría del confort



Figura 2. Marco conceptual de la teoría del confort de Kolcaba.<sup>8</sup>

#### **4.7 Relación entre la teoría del confort de Katharine Kolcaba y el diagnóstico de enfermería aislamiento social en el adulto mayor:**

El confort social es un estado de comodidad que experimenta el adulto mayor, cuando éste es afectado se puede manifestar mediante el aislamiento social, que puede estar influenciado por el contexto y factores internos como la autoestima, el estado mental y psicológico.

El diagnóstico de enfermería de aislamiento social de la NANDA-I, considera los factores relacionados de autoestima, deterioro cognitivo y nivel de depresión, que en su momento deben ser abordados por el personal de enfermería mediante intervenciones de confort que aporten alivio, tranquilidad y trascendencia.

Los adultos mayores que asisten a un grupo en una casa de día pueden manifestar distinto nivel de confort, en comparación con los que no asisten, ya que los programas desarrollan actividades que mejoran los factores relacionados.

## **V. OBJETIVOS**

Objetivo General:

Analizar la prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en dos grupos de adultos mayores del municipio de Ajacuba, Hidalgo.

Objetivos Específicos

- Identificar el apoyo social, la autoestima, el estado mental y depresión geriátrica.
- Distinguir las características definitorias del diagnóstico de enfermería Aislamiento Social en el adulto mayor.
- Diferenciar los factores relacionados del diagnóstico de enfermería Aislamiento Social en el adulto mayor.

## **VI. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de estudio**

Estudio aplicado, con un enfoque de tipo cuantitativo y un nivel de alcance descriptivo.<sup>10</sup>

### **6.2 Diseño metodológico**

Transversal, observacional, prolectivo.<sup>10</sup>

### **6.3 Limites de tiempo y espacio**

La recolección de datos se realizó en el periodo junio – agosto 2018, en el municipio de Ajacuba, Hidalgo

### **6.4 Universo**

2´368 adultos mayores del municipio de Ajacuba, Hidalgo.

Muestras: 60 adultos mayores, recomendado para estudios descriptivos 30 por grupo.<sup>10</sup> De los cuales; 30 enlistados en un programa de casa de día y 30 que no participan en algún programa de casa de día

Muestreo por cuotas: se seleccionó la muestra considerando una serie de características específicas presentes en la población, por lo que la muestra deberá tenerlas en la misma proporción. Las cuotas se establecieron a partir de variables consideradas relevantes como grupo de edad

Criterios de selección:

- Inclusión: adultos mayores del municipio de Ajacuba, que hablen español y que acepten participar.
- Exclusión: con alguna discapacidad auditiva o para hablar, demencia senil o problemas neurológicos.<sup>11</sup>

### **6.5 Variables**

Estudio:

- Aislamiento social: Es definido por la N.A.N.D.A como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Sociodemográficas:

- Género
- Aislamiento social.
- Edad.
- Estado civil.
- Localidad.
- Ocupación.
- Patologías presentes

Operacionalización de variables (ver apéndice 2) y recursos (ver apéndice 3)

## **6.6 Instrumento**

Se utilizaron diversos Instrumentos de Valoración Recursos Sociales (OARS), El Mini Examen de Estado Mental (MMSE), Escala geriátrica de depresión de Yesavage, Escala de autoestima de Rosenberg, y un cuestionario de datos sociodemográficos para analizar la prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en los adultos mayores.

### **Instrumento de valoración de recursos sociales (OARS)**

Cuestionario multidimensional de asesoramiento funcional, para la evaluación de recursos sociales, que consta de 10 preguntas las cuales fueron clasificadas en no satisfactorias si las respuestas son negativas, y en satisfactorias si las respuestas son positivas, de ellas de la 1-7 corresponden a las relaciones sociales.<sup>12</sup>

- Instrumento de valoración de recursos sociales (OARS)

- Consta de 10 ítems
- Confiabilidad: 0.95
- Validación Mexicana

### **Mini-Mental (MMSE)**

El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés), es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE–Abreviado no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como seguimiento para valorar cambios. Se indica la aplicación rutinaria del MMSE en:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa.
- Personas con antecedentes de delirio previo, sobre todo en ingresos hospitalarios recientes.

Ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.<sup>13</sup> Consta de 11 ítems, con confiabilidad:0.8, validación a nivel mundial.

### **Escala geriátrica de depresión de Yesavage**

Ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas,

contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario, con una puntuación de:

- 0 a 5 se considera normal
- 6 a 10 indica depresión leve
- 11 a 15 indica depresión severa.

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo. Estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios, diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.<sup>14</sup>

- Escala geriátrica de depresión de Yesavage
- Consta de 15 ítems
- Confiabilidad: 0.84
- Validación Mexicana

### **Escala de autoestima de Rosemberg**

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80. La validez de la Escala de Autoestima de Rosemberg en universitarios de la Ciudad de México obtuvo una confiabilidad mediante el índice Alfa de Cronbach = .79.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación: de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerando una autoestima normal
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima
  - Escala de autoestima de Rosemberg
  - consta de 10 ítems
  - Confiabilidad: 0.79
  - Validación Mexicana<sup>15</sup>

### **6.7 Procedimientos**

- Se aprobó por el comité de ética de la Lic. en Enfermería (ver apéndice 5)
- Se solicitó autorización a la Casa de día de Santiago Tezontlale para entrevistar 30 adultos mayores. (ver apéndice 6 y 7)
- Se informó a las autoridades del Centro de Salud de Ajacuba sobre las 30 entrevistas que se realizarán en el municipio.
- Se obtuvo el consentimiento informado de cada adulto mayor (Ver apéndice 8)

Para la valoración focalizada de la dimensión social del adulto mayor se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos (ver apéndice 9) además del Instrumento de valoración de recursos sociales (ver anexo 1), Se aplicaron los instrumentos Minimental (ver anexo 2), test Yesavage (ver anexo 3) y la escala de autoestima de Rosemberg (ver anexo 4)

- Posteriormente se calificó cada instrumento para determinar si existen los factores relacionados y características definitorias del diagnóstico de aislamiento social para identificar las características definitorias y factores relacionados.
- Se realizó una base de datos en el paquete SPSS versión 19.
- Se elaboró un informe de resultados.

## 6.8 Análisis estadísticos

Se utilizó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes para el diagnóstico de enfermería: Aislamiento social.

## 6.9 Recursos Humanos, Materiales y Financieros

- Humanos
  - 30 adultos mayores enlistados en un programa de Casa de día.
  - 30 adultos mayores que no participan en algún programa social.
  - 1 investigadora estudiante del 5° semestre de la licenciatura en enfermería:
    - Laura Pamela Mendoza Mendoza
  - 2 asesoras de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo:
    - Dra. Gabriela Maldonado Muñiz.
    - M.C.E. Claudia Atala Trejo García.
- Recursos materiales y financieros (Apéndice 3)

## 6.10 Difusión

Los resultados de la investigación se difundieron en el “33 Congreso Internacional de Geriátría y Gerontología” realizado en la ciudad de México por la Asociación Mexicana de Geriátría y Gerontología (AMGG) en modalidad cartel (ver anexo 5) realizando una breve presentación oral frente a los jurados del mismo congreso y en el boletín científico Xikua con la siguiente cita: Trejo García, C., Maldonado Muñiz, G., Mendoza Mendoza, L. P., Martínez Pérez, A. M., & Rodríguez Domínguez, J. (2019). Nivel de autoestima en los adultos mayores de dos grupos de un municipio de Hidalgo, México. XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan, 7(14), 23-27. <https://doi.org/10.29057/xikua.v7i14.4311>. (Ver anexo 6)

## **VII.CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES**

### **7.1 Declaración de Helsinki**

Toda investigación debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, nuestra investigación no tiene riesgo con las personas que participaran en la investigación.

- Privacidad y confidencial: por lo que se utilizará número folio para resguardar la intimidad de la persona que participe en la investigación y la confidencialidad de su información.
- Comités de ética de investigación: el protocolo de investigación será presentado en un comité de ética para consideración, comentario, consejo y aprobación antes de comenzar el estudio. Después que termine el estudio, se presentara un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.
- Se elaboró un consentimiento informado las personas tienen el derecho de participar o no en la investigación.<sup>16</sup>

### **7.2 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación**

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

III.- La investigación se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

V.-Se contará con el consentimiento informado

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución donde se realizará el trabajo de investigación.

En el Artículo 17, la presente investigación se considera como “Investigación con riesgo mínimo”, ya que emplea métodos de investigación descriptiva y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios y entrevistas.

Artículo 22.- El consentimiento informado se formuló por escrito

I. Será elaborado por las investigadoras Ana María, Laura Pamela y Jazmín, indicando la información señalada en el artículo anterior.

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.<sup>17</sup>

## VIII. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores del municipio de Ajacuba, 30 se captaron en la casa de día de Santiago Tezontlale y 30 en la comunidad del municipio de Ajacuba Hidalgo.

Como resultados se obtuvieron que de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad 18 (60%) eran de género masculino y 12 (40%) de género femenino, de estos 18 (60%) eran casados y 12 (40%) eran viudos, 4 (13.33%) nacieron en Santiago Tezontlale y 26 (86.66%) en Ajacuba, 2 (6.66%) tenían un trabajo estable, 1 (3.33%) se dedicaba al hogar y 27 (90%) no realizaban actividades de tipo laboral, 7 (23.33%) adultos mayores tenían entre 1-3 hijos, 18 (60%) tenían entre 3-6 hijos y 5 (16.66%) tenían más de 6 hijos, 19 (63.33%) adultos mayores vivían en casa propia y 11 (36.66%) no contaban con casa propia, los adultos mayores referían que entre las actividades no aprobadas por la sociedad solo 1 (3.33%) persona consumía alcohol, 1 (3.33%) consumía medicamentos para conciliar el sueño y 28 (93.33%) no realizan ninguna de estas actividades, del total de adultos mayores 9 (30%) vivían con diabetes, 16 (53.33%) con hipertensión y 5 (16.66%) no padecían ninguna enfermedad.

Y de los adultos mayores que asistían a la casa de día 15 (50%) eran de género masculino y 15 (50%) del género femenino, de estos 17 (57.66%) eran casados, 12 (40%) personas eran viudos y 1 (3.33%) persona era divorciada, el total de encuestados que asistía a la casa de día (100%) no realizaban actividades de tipo laboral, 2 (6.66%) adultos mayores tenían entre 1-3 hijos, 15 (50%) adultos tenían entre 3-6 hijos y 13 (43.33%) tenían más de 6 hijos, 20 (66.66%) adultos mayores vivían en casa propia y 10 (33.33%) no contaban con casa propia, los adultos mayores referían que entre sus actividades no aprobadas por la sociedad solo 2 (6.66%) personas fumaban tabaco, 3 (10%) consumían medicamentos para conciliar el sueño y 25 (83.33%) no realizaban ninguna de estas actividades, del total de adultos mayores 4 (13.33%) vivían con diabetes, 16 (53.33%) con hipertensión y 10 (33.33%) no padecían ninguna enfermedad. Ver tabla 1

Tabla 1 Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018

Variables sociodemográficas:		Comunidad		Casa de día	
		f	%	f	%
<b>Genero</b>	Masculino	18	60	15	50
	Femenino	12	40	15	50
<b>Estado civil</b>	Casado	18	60	17	57.66
	Viudo	12	40	12	40
	Divorciado	0		1	3.33
<b>Lugar de nacimiento</b>	Santiago Tezontlale	4	13.33	30	100
	Ajacuba	26	86.66	0	0
<b>Ocupación</b>	Trabajo	2	6.6	0	0
	Hogar	1	3.33	0	0
	Nada	27	90	30	100
<b>Hijos</b>	1-3	7	23.33	2	6.66
	3-6	18	60	15	50
	Más de 6	5	16.66	13	43.33
<b>Casa propia</b>	Si	19	63.33	20	66.66
	No	11	36.66	10	33.33
<b>Actividades</b>	Alcohol	1	3.33	0	0
	Tabaco	0	0	2	6.66
	Medicamentos	1	3.33	3	10
	Ninguna	28	93.3	25	83.33
<b>Enfermedades</b>	Diabetes	9	30	4	13.33
	Hipertensión	16	53.33	16	53.33
	Ninguna	5	16.66	10	33.33

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos (CDSD)

n=60

En recursos sociales, se obtuvo que de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad al aplicar el instrumento 18 (60%) alcanzaron puntuación satisfactoria, 8 (26.66%) un puntaje de poco satisfactorio y 4 (13.33%) no satisfactorio, y de los 30 adultos mayores que se captaron en la casa de día, 17 (56.66%) lograron puntuación satisfactoria, 7 (23.33%) un puntaje de poco satisfactorio y 6 (20%) no satisfactorio. Ver tabla 2

TABLA 2 Frecuencia y porcentaje de Recursos Sociales de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018

Ambiente Social	Recursos Sociales						Total
	Satisfactoria		Poco satisfactoria		No satisfactoria		
	f	%	f	%	f	%	
<b>Comunidad</b>	18	60	8	26.66	4	13.33	30
<b>Casa de día</b>	17	56.66	7	23.33	6	20	30
<b>Total</b>	35	58.33	15	25	10	16.66	60

Fuente: Cuestionario Recursos sociales OARS

n=60

En la evaluación del nivel del deterioro cognitivo, de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad al aplicar el instrumento 21 (70%) obtuvieron un puntaje normal y 9 (30%) sospecha patológica, y de los 30 adultos mayores que se captaron en la casa de día al aplicar el instrumento 21 (70%) consiguieron un puntaje normal y 9 (30%) con sospecha patológica. Ver tabla 3.

TABLA 3 Frecuencia y porcentaje del nivel de Deterioro Cognitivo de los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018

Ambiente Social	Nivel de Deterioro Cognitivo				Total
	Normal		Sospecha patológica		
	f	%	f	%	
Comunidad	21	70	9	30	30
Casa de día	21	70	9	30	30
<b>Total</b>	42	70	18	30	60

Fuente: Cuestionario MINIMENTAL

n=60

El nivel de depresión de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad al aplicar el instrumento 11 (36.66%) adquirieron puntuación normal, 15 (50%) puntuación leve y 4 (13.33%) severa, y de los 30 adultos mayores que se captaron en la casa de día al aplicar el instrumento 24 (80%) consiguieron puntuación normal, 4 (13.33%) puntuación leve y 2 (6.66%) severa. Ver tabla 4

TABLA 4 Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018

Ambiente Social	Nivel de Depresión						Total
	Normal		Leve		Severa		
	f	%	f	%	f	%	
Comunidad	11	36.66	15	50	4	13.33	30
Casa de día	24	80	4	13.33	2	6.66	30
<b>Total</b>	35	58.33	19	31.66	6	10	60

Fuente: Test de YESAVAGE

n=60

El nivel de autoestima de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad al aplicar el instrumento 8 (26.66%) alcanzaron puntuación elevada, 17 (56.66%) puntuación media y 5 (16.66%) baja, y de los 30 adultos mayores que se captaron en la casa de día al aplicar el instrumento 16 (53.33%) adquirieron puntuación elevada, 12 (40%) puntuación media y 2 (6.66%) baja. Ver tabla 5.

TABLA 5 Frecuencia y porcentaje del nivel de autoestima en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México, 2018

Ambiente Social	Autoestima			Total
	Elevada	Media	Baja	
	f (%)	f (%)	f (%)	
<b>Comunidad</b>	8 (26.66%)	17 (56.66%)	5 (16.66%)	30
<b>Casa de día</b>	16 (53.33%)	12 (40%)	2 (6.66%)	30
<b>Total</b>	24	29	7	60

Fuente: Escala de autoestima de Rosemberg

n=60

La prevalencia del diagnóstico de aislamiento social de los 30 adultos mayores que se captaron en la comunidad al realizar la recopilación de los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos 17 (56.66%) obtuvieron un resultado positivo en el diagnóstico y 13 (43.33%) un resultado negativo y de los 30 adultos mayores captados en la casa de día 8 (26.66%) lograron un resultado positivo en la presencia del diagnóstico y 22 (76.33%) un resultado negativo. Ver tabla 6.

Tabla 6 Frecuencia y porcentaje de la prevalencia del diagnóstico de aislamiento social en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México.

Ambiente social	Prevalencia del diagnóstico aislamiento social en los adultos mayores				Total
	Sí		No		
	f	%	f	%	
<b>Comunidad</b>	17	56.66	13	43.33	30
<b>Casa de día</b>	8	26.66	22	76.33	30
<b>Total</b>	25	41.66	35	58.33	60

Fuente: Recopilación de resultados de instrumentos de valoración. n=60

Las características definitorias se presentan en la tabla 7; en las características definitorias se mostró la actitud triste (depresión) en los adultos mayores se presentó en 25 (41.6%) del total de la población en ambos grupos del municipio; y el nivel de expresión de insatisfacción en el apoyo social en los adultos mayores se presentó en 25 (41.6%) del total de la población en ambos grupos del municipio.

En los factores relacionados, se demostró el nivel de disfunción cognitiva en los adultos mayores se presentó en 18 (30%) del total de la población en ambos grupos del municipio; y el nivel de autoestima baja en los adultos mayores se presentó en 36 (60%) del total de la población del municipio.

En las condiciones asociadas, se consideró la presencia de enfermedad crónica en los adultos mayores, fue de 45 (75%) del total de la población del municipio. Ver tabla 7.

Población en riesgo: 100 % adultos mayores de ambas comunidades.

Tabla 7 Frecuencia y porcentaje de los elementos del diagnóstico de enfermería en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México.

Elementos del diagnóstico	Variables	Comunidad		Casa de día		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Características definitorias</b>	Actitud triste (Depresión)	19	63.3	6	19.9	25	41.6
	Expresa insatisfacción apoyo social	12	39.9	13	43.3	25	41.6
<b>Factores relacionados</b>	Disfunción cognitiva	9	30	9	30	18	30
	Autoestima	22	76.3	14	46.6	36	60
<b>Condiciones asociadas</b>	Enfermedad crónica	25	83.3	20	66.6	45	75

Fuente: Recopilación de resultados de instrumentos de valoración. n=60

## IX. DISCUSIÓN

Los adultos mayores del municipio de Ajacuba presentaron una prevalencia de 30% con deterioro cognitivo, semejante al 27 % encontrado por Vallejo en el trabajo titulado prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados, realizado en Cádiz Colombia en el 2018, a pesar de que en la población de Colombia predominó el sexo femenino y la media de edad fue menor.<sup>18</sup>

En el trabajo titulado La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel, realizado en la Ciudad de México, por Sotelo con depresión severa con el 30% superior a lo encontrado con la prevalencia de 10% en los adultos mayores del municipio de Ajacuba, encontrando similitud en la causa principal de la depresión es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades.<sup>19</sup>

Ricardi en el trabajo titulado Escala de Rosemberg en población de adultos mayores realizado en la Ciudad de México en el 2017, encontró 26.18% de nivel bajo de autoestima superior a lo encontrado en los adultos mayores del municipio de Ajacuba con una prevalencia de 11.6%.<sup>15</sup>

Los adultos mayores del municipio de Ajacuba presentaron una prevalencia de 16.6 % con carencia de recursos sociales superior a lo encontrado con 5.8% por Fong en el trabajo titulado evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el servicio de geriatría realizado en Santiago de Cuba, en ambos se encontró que la mayoría de los adultos mayores tenían grado de escolaridad primario, las relaciones sociales no eran tan satisfactorias.<sup>20</sup>

## **X. CONCLUSIÓN**

La prevalencia del diagnóstico aislamiento social en los adultos mayores de la comunidad es elevada y la de los adultos mayores de la casa de día es baja, ya que asisten a algún programa social del municipio de Ajacuba, Hidalgo.

Los recursos sociales de los adultos mayores son satisfactorios ligeramente mayores en los adultos mayores de la comunidad que los de la casa de día. El nivel de autoestima del adulto mayor de la comunidad se encuentra es medio y elevado en los adultos mayores que asisten a la casa de día. El estado mental de los adultos mayores se encuentra en su mayoría sin deterioro cognitivo en ambos grupos. El nivel de depresión del adulto mayor de Ajacuba en su mayoría es normal, encontrando que los adultos mayores de la comunidad se encuentran más afectados que los de la casa de día.

Las características definitorias del diagnóstico de enfermería aislamiento social fueron actitud triste y expresión de insatisfacción en el apoyo social en los adultos mayores. Los factores relacionados fueron disfunción cognitiva y nivel de autoestima baja. La condición asociada fue la presencia de enfermedad crónica.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Integrar a los adultos mayores en un programa de casa de día.
2. Asistir a un programa, donde convivan con más adultos mayores, y puedan desarrollar diversas actividades, reducirán el nivel de prevalencia de aislamiento social.
3. Realizar actividades donde los adultos mayores se sientan útiles
  - a. El realizar actividades donde los adultos mayores se sientan útiles los motivara, a experimentar cosas nuevas y convivir con el entorno.
4. Cuidar la calidad de vida
  - a. La calidad de vida es importante porque es un bienestar social del individuo, para poder interactuar con diversas personas y no sentirse aislado.
5. Fomentar las relaciones de vecindad
  - a. Convivir con personas ayuda a los adultos mayores a compartir nuevas experiencias y no sentirse solos

## XII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. OMS alerta sobre las actitudes negativas hacia las personas de la tercera edad [Internet]. Noticias ONU. 2016. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2016/09/1365751>
2. Moreno-Tamayo K, Sánchez-García S, Doubova S V. Factores asociados con el aislamiento social en una muestra de adultos mayores con seguridad social. Salud Pública Mex [Internet]. 2017; 59:119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650931003>
3. Hernández Z, Vásquez E, Mendoza R. Medicina, salud y sociedad. 3, editor. 2012.
4. NIH. Las mujeres en depresión: descubriendo la esperanza. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/lasmujeres-y-la-depresion/index.shtml>
5. d'Hyver C, Gutiérrez Robledo M. Geriatria. 3rd ed. Ossio Vela R, editor. México: Manual Moderno; 2014.
6. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2021-2023. Herdman TH, Kamitsuru S, editorial. Barcelona: Elsevier; 2014. 143, 433, 438, 446. 447. 471,472 p.
7. Echeverría Pérez P. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. Barcelona: Elsevier; 2016. 187-197 p.
8. Alligood, M.R. Modelos y teorías de Enfermería. España Elsevier; 2014: 640-650
9. Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Revista Latinoamericana de Bioética, 2016; 17(1), 60-79. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>

10. Sampieri H, Roberto, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5°. Mares Chacón J, editor. México D.F: Mc Graw Hil; 2010.
11. Eyssautier de la Mora M. Metodología de la investigación. 4°. Mexico D.F: Thomson Learning; 2002.
12. Estrada F, Adela J. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el servicio de geriatría. [Internet]. 2013. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000700003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700003&lng=es&nrm=iso)
13. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Módulos de valoración Clínica [Internet]. :47– 56. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
14. Hoyl M, Trinidad, Valenzuela A, Eduardo, & Marín L, Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Revista médica de Chile, 2000;128(11), 1199-1204. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
15. de León Ricardi CA, García Méndez M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. Ciencias Psicológicas, 2016; 10(2), 119-127. Recuperado en 25 de agosto de 2022, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212016000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212016000200002&lng=es&tlng=es).
16. Mazzanti Di Ruggiero, MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2011;6(1):125-144. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009>
17. DOF. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

18. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 2010; 21(4), 153-157. Recuperado en 16 de abril de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es&tlng=es).
19. Sotelo-Alonso, I., & Rojas-Soto, J., & Sánchez-Arenas, C., & Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13.
20. Fong Estrada JA, San Juan ML, Guzmán Núñez S, Oliva Fong J. Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriátrica. *MEDISAN*, 2013; 17(7), 1047-1052. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000700003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700003&lng=es&tlng=es).

### XIII. ANEXOS Y APENDICES

#### Apéndice 1

#### Cronograma de Actividades

Actividad	Mayo 2018	Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018
Presentación del protocolo de investigación.							
Se solicitó autorización a la Casa de Día de Santiago Tezontlale							
Se informó a las autoridades del centro de salud de Ajacuba.							
Se proporcionó el consentimiento informado a cada adulto mayor.							
Se aplicaron los instrumentos.							
Se calificó cada instrumento de acuerdo a la manera establecida de cada uno.							
Se realizó la base de datos.							
Se elaboró el informe de resultados.							

## Apéndice 2 Operacionalización de Variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Indicador	Estadística
Asilamiento social	Estado en el que el individuo carece de un sentido de relación conectado a relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas. (NANDA-I)	Falta de apoyo social, alteración del aspecto mental, baja autoestima y/o presencia de depresión	Nominal	Presente/ausente.	Frecuencia y porcentajes
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Años de una persona	Razón	Numérico	Frecuencia y porcentajes
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, o matrimonio, que se hace constar en el registro civil.	Estado civil de una persona	Nominal	Casado / Viudo / Divorciado	Frecuencia y porcentajes
Localidad	Cualidad de las cosas que los sitúa en un lugar fijo	Lugar o pueblo	Nominal	Santiago Tezontlale / Ajacuba	Frecuencia y porcentajes
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse	Trabajo, empleo u oficio	Nominal	Trabajo / Hogar / Nada	Frecuencia y porcentajes
Patologías presentes	Conjunto de síntomas de una enfermedad		Nominal	Diabetes / Hipertensión / Ninguna	Frecuencia y porcentajes

### Apéndice 3

#### Recursos materiales y financieros

MATERIALES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Internet.	<b>\$10.00</b>	<b>15 horas</b>	<b>\$150.00</b>
Impresiones.	<b>\$1.00</b>	<b>66</b>	<b>\$66.00</b>
Empastado.	<b>\$600.00</b>	<b>1</b>	<b>\$600.00</b>
Copias.	<b>\$1.00</b>	<b>359</b>	<b>\$359.00</b>
Grapas	<b>\$15.00</b>	<b>1 caja</b>	<b>\$15.00</b>
Engargolado.	<b>\$15.00</b>	<b>3</b>	<b>\$45.00</b>
Lapiceros.	<b>\$5.00</b>	<b>30</b>	<b>\$150.00</b>
Engrapadora.	<b>\$20.00</b>	<b>1</b>	<b>\$20.00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>\$1405.00</b>

## APENDICE 4

### Factores Determinantes Para la Validación de un Diagnóstico

<b>FACTORES RELACIONADOS</b>	
	Alteración del estado mental. (MINIMENTAL)
	Instrumento de valoración de recursos sociales. (OARS)
<b>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>	
	Depresión. (Test de YESAVAGE)
	Autoestima. (Escala de valoración de Rosemberg)
	Enfermedad.
	Acciones no aprobadas.

## APENDICE 5

Se aprobó por el comité de ética de la Lic. en Enfermería



Tlahuelilpan, Hidalgo; a 10 de agosto de 2018.

ASUNTO: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN

EST. LAURA PAMELA MENDOZA MENDOZA  
INVESTIGADOR  
PRESENTE

Título del proyecto

**Prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en adultos mayores en el municipio de Ajacuba, Hidalgo.**

Código asignado por el Comité: 2018/06/P05

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	N° de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de agosto de 2018 a junio de 2019 y se autoriza su ejecución por parte de las estudiantes de la licenciatura en enfermería Martínez Pérez Ana María, Mendoza Mendoza Laura Pamela y Rodríguez Domínguez Jazmín; bajo la asesoría de: M.C.E. Gabriela Maldonado Muñiz y M.C.E. Claudia Atala Trejo García.

ATENTAMENTE

*Gabriela Maldonado M.*  
Mtra. Gabriela Maldonado Muñiz  
Responsable del Comité de Ética e Investigación  
Escuela Superior de Tlahuelilpan  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



**APENDICE 6**

**Solicitud a la casa de día.**



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Escuela Superior de Tlahuelilpan  
Tlahuelilpan University Campus

Tlahuelilpan, Hidalgo; 10 de agosto de 2018

Oficio No. ESTI/2018/225

LIC. SILVANA YLDA PÉREZ GÓMEZ  
DIRECTORA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL  
AJACUBA, HIDALGO.  
PRESENTE

A través del presente reciba un afectuoso saludo, al mismo tiempo solicito su apoyo para llevar a cabo el proyecto de Investigación "Prevalencia del diagnóstico de enfermería aislamiento social en adultos mayores en el municipio de Ajacuba, Hidalgo", por parte de las estudiantes de sexto semestre de la licenciatura en enfermería: Martínez Pérez Ana María, Mendoza Mendoza Laura Pamela y Rodríguez Domínguez Jazmín, de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Cabe señalar que se solicitará la participación de los adultos mayores inscritos en la Casa de día de Santiago Tezontlale a su cargo, las personas que acepten y firmen el consentimiento informado participarán en una entrevista con duración de 20 minutos.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi distinguida consideración.

ATENTAMENTE

*Gabriela Maldonado H.*

M.C.E. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ  
PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO



ESCUELA SUPERIOR DE  
TLAHUELILPAN  
Ex Hacienda de San Servando S/N

Col. Centro  
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5506  
www.uaeh.edu.mx



*Recibí:  
Silvana Ylda Pérez Gómez  
13-08-2018*

## APENDICE 7

### Carta de aceptación de la casa de día de Santiago Tezontlale

AJACUBA, HGO., A 13 DE AGOSTO 2018

DEPENDENCIA: SISTEMA DIF MUNICIPAL

NUM DE OFICIO SDM/0385/2018

ASUNTO: EL QUE SE INDICA

**M.C.E. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ**  
**PROFESOR INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO**  
**P R E S E N T E.**

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, al mismo tiempo por este conducto se le informa que es aceptado llevar a cabo, el proyecto de investigación " Prevalencia del diagnóstico de enfermería, aislamiento social, en Adultos Mayores en el municipio de Ajacuba, Hidalgo", el cual será realizado por estudiantes de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma de Hidalgo, en las 2 casas días que actualmente cuenta el municipio de Ajacuba (Santiago Tezontlale y San Nicolas Tecomatlán), tomando en consideración lo requerido por su persona.

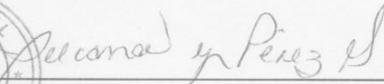
Sin más que agregar, le agradezco su amable atención, y sobre todo el considerarnos como parte de sus proyectos escolares.

ATENTAMENTE



C. CELIA CERON MERA

PRESIDENTA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL  
2016 - 2020



PROFRA. SILVANA YLDA PEREZ GOMEZ

DIRECTORA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL

## APENDICE 8



### UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN LICENCIATURA EN ENFERMERIA



#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar

voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana María Martínez Pérez, Laura pamela Mendoza Mendoza, Jazmín Rodríguez Domínguez. He sido informado (a) de que la meta de estudio es: Determinar el Diagnósticos de aislamiento social en el Adulto mayor en la Casa de Día de Santiago Tezontlale.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomara aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las investigadoras en la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

---

Firma del Participante

Fecha

---

Firma del testigo

---

Firma del testigo

## APENDICE 9



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO  
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



### Instrumento de valoración para “determinar la prevalencia del diagnóstico de aislamiento social en el Adulto mayor”

#### DATOS PERSONALES

Folio: \_\_\_\_\_

Edad:	Género:	Estado civil:
Lugar de nacimiento:	Lugar de procedencia:	Nivel de estudios:
Legua o idioma dominante:	Ocupación:	Número de hijos:
Cuenta con casa propia:	Servicios con los que cuenta su casa: <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Luz eléctrica <input type="checkbox"/> Drenaje	

#### MARQUE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA:

- Consumir alcohol.
- Consumir tabaco.
- Consumir medicamentos para conciliar el sueño.

#### ENFERMEDADES

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedades cardiovasculares
- Cáncer
- Insuficiencia renal crónica.

## Anexo 1

Instrumento de valoración de recursos sociales (OARS)

1. ¿Cuál es su estado civil? Soltero \_\_\_ Casado/unión\_\_\_ Viudo\_\_\_  
Divorciado/separado \_\_\_
2. ¿Quién vive con usted? Nadie \_\_\_ Cónyuge\_\_\_ Hijos \_\_\_ Nietos \_\_\_ Otros:  
familiares\_\_\_ no familiares\_\_\_
3. ¿Cuántas personas le visitan en su casa? \_\_\_ Nadie \_\_\_
4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la  
última semana? \_\_\_ Nadie \_\_\_
5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con  
usted, ya sea de visita, de paseo o en algún suceso recreativo? Ninguna \_\_\_ 1  
vez al día \_\_\_ 1 vez a la semana \_\_\_ 2-6 veces/semana \_\_\_
6. ¿Tiene usted alguien en quien confiar? Sí \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Se siente solo? Frecuentemente \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi nunca \_\_\_
8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos? Frecuentemente como desea \_\_\_  
Descontento por lo poco \_\_\_
9. Si usted se enferma, ocasionalmente puede contar con alguien que le ayude: Sí  
\_\_\_ No \_\_\_ Si responde Sí preguntar:
10. ¿Le podrán ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1-6 semanas?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_
11. ¿Le podrán cuidar si estuviera enfermo o discapacitado por más de 6  
semanas o durante un largo plazo de tiempo? Sí\_\_\_ No \_\_\_
12. ¿Considera que usted y su pareja tienen suficiente dinero para cubrir sus  
necesidades básicas del vivir diario? Sí \_\_\_ No \_\_\_

## Anexo 2

### MINIMENTAL

<p>¿En qué año estamos? 0-1</p> <p>¿En qué estación? 0-1</p> <p>¿En qué día (fecha)? 0-1</p> <p>¿En qué mes? 0-1</p> <p>¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</p>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1</p> <p>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1</p> <p>¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1</p> <p>¿En qué provincia estamos? 0-1</p> <p>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</p>	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo- Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo.</p> <p>Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1    Caballo 0-1    Manzana 0-1 (Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)</p>	<p>Nº de repeticiones necesarias</p> <p>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</p>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no</p>	<p>ATENCIÓN CÁLCULO (Máx.5)</p>	

<p>puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>		
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p>RECUERDO diferido (Máx.3)</p>	
<p>DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx.9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>	

### Anexo 3

#### TEST DE YESAVAGE

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
13- ¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
14- ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

## Anexo 4

### AUTOESTIMA

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

## Anexo 5 Difusión

### CONSTANCIAS DE PARTICIPACION



Asociación Mexicana  
de Gerontología y Geriatria A.C.  
IAGG Member



#### MESA DIRECTIVA 2016-2019

DR. IGNACIO JAVIER OROZCO GARCÍA  
**PRESIDENTE**

DR. ARMANDO GONZÁLEZ BERRY  
**VICEPRESIDENTE**

DR. FRANCISCO MORENO Y TURBAY  
**SECRETARIO**

DRA. IVONNE BECERRA LAPARRA  
**VOCAL ACTIVIDADES  
CIENTÍFICAS**

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ  
**VOCAL INVESTIGACIÓN**

DR. RAÚL VALENCIA LÓPEZ  
DR. LORENZO GARCÍA  
**VOCAL ADMISSION**

ING. GUSTAVO LORETO SIERRA  
**VOCAL ACTIVIDADES  
GERONTOLÓGICAS**

L.I. ANA MARÍA ROSAS MUÑOZ  
**VOCAL ODONTOGERIATRÍA**

L.T.S. MARINA VICTORIA CANCHOLA  
**VOCAL ACTIVIDADES SOCIALES**

BLGO. LUIS E. CERVANTES GONZÁLEZ  
**TESORERO**

A quien corresponda:

La Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, hace constar que la Est. Laura Pamela Mendoza Mendoza, asistió, al XXXIII Congreso Internacional de Gerontología y Geriatria se llevó a cabo del 19 al 22 de Mayo del presente año, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, ubicado en Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores de la Ciudad de México.

Se extiende la presente a petición de la interesada para los fines que juzgue convenientes a los veintidos días del mes de mayo de dos mil diecinueve.



ASOCIACION MEXICANA DE  
GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, A.C.  
PUEBLA 212-265 / OL. ROMA  
C.P. 06700 MEXICO, D.F.  
TEL. / FAX: 5514-4388  
R.F. C. AMG-840831-09

Atentamente

Dr. Ignacio Javier Orozco García  
Presidente



**MESA DIRECTIVA  
2016-2019**

**DR. IGNACIO JAVIER OROZCO GARCÍA  
PRESIDENTE**

**DR. ARMANDO GONZÁLEZ BEDDY  
VICEPRESIDENTE**

**DR. FRANCISCO MORENO Y TURBAY  
SECRETARIO**

**DRA. MONNE BECERRA LAPARRA  
VOCAL ACTIVIDADES  
CIENTÍFICAS**

**DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ  
VOCAL INVESTIGACIÓN**

**DR. RAÚL VALENCIA LÓPEZ  
DR. LORENZO GARCÍA  
VOCALES ADMISIÓN**

**MGS GUSTAVO LORETO SIERRA  
VOCAL ACTIVIDADES  
GERONTOLÓGICAS**

**L.O. ANA MARÍA ROSAS MUÑOZ  
VOCAL ODONTOGERIATRÍA**

**L.T.S. MARINA VICTORIA CAMCHOLA  
VOCAL ACTIVIDADES SOCIALES**

**BLGO. LUIS E. CERVANTES GONZÁLEZ  
TESORERO**

A quien corresponda:

La Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, hace constar que la Est. Ana María Martínez Pérez, asistió, al XXXIII Congreso Internacional de Gerontología y Geriatria se llevó a cabo del 19 al 22 de Mayo del presente año, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, ubicado en Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores de la Ciudad de México.

Se extiende la presente a petición de la interesada para los fines que juzgue convenientes a los veintidos días del mes de mayo de dos mil diecinueve.

Atentamente

Dr. Ignacio Javier Orozco García  
Presidente



ASOCIACION MEXICANA DE  
GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, A.C.  
PUEBLA 212-285 COL. ROMA  
C.P. 06700 MEXICO, D.F.  
TEL / FAX: 5514-4388  
R.F.C. AMG-840831-Q9



**MESA DIRECTIVA  
2016-2019**

DR. IGNACIO JAVIER OROZCO GARCÍA  
**PRESIDENTE**

DR. ARMANDO GONZÁLEZ BEDDY  
**VICEPRESIDENTE**

DR. FRANCISCO MORENO Y TURBAY  
**SECRETARIO**

DR. IVONNE BECERRA LAPARRA  
**VOCAL ACTIVIDADES  
CIENTÍFICAS**

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ  
**VOCAL INVESTIGACIÓN**

DR. RAÚL VALENCIA LÓPEZ  
DR. LORENZO GARCÍA  
**VOCALES ADMISIÓN**

MCS GUSTAVO LÓRETO SIERRA  
**VOCAL ACTIVIDADES  
GERONTOLÓGICAS**

L.O. ANA MARÍA ROSAS MUÑOZ  
**VOCAL ODONTOGERIATRÍA**

L.T.S. MARINA VICTORIA CANCHOLA  
**VOCAL ACTIVIDADES SOCIALES**

BIGD. LUIS E. CERVANTES GONZÁLEZ  
**TESORERO**

A quien corresponda:

La Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, hace constar que la Est. Jazmín Rodríguez Domínguez, asistió, al XXXIII Congreso Internacional de Gerontología y Geriatria se llevó a cabo del 19 al 22 de Mayo del presente año, en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, ubicado en Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores de la Ciudad de México.

Se extiende la presente a petición de la interesada para los fines que juzgue convenientes a los veintidos días del mes de mayo de dos mil diecinueve.



Atentamente

ASOCIACION MEXICANA DE  
GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, A.C.  
PUEBLA 212-205 / OL. ROMA  
C.P. 06700 MEXICO, D.F.  
TFL / FAX: 5514-4388  
R.F. C. AMG-840831-09

Dr. Ignacio Javier Orozco García  
Presidente



**33** CONGRESO  
INTERNACIONAL  
AMGG 2019

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA A.C.**

otorga el presente

## **DIPLOMA**

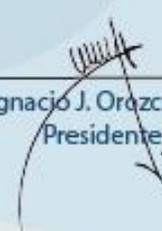
a

**ANA MARÍA MARTÍNEZ PÉREZ  
LAURA PAMELA MENDOZA MENDOZA  
JAZMÍN RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ  
GABRIELA MALDONADO MUÑIZ  
CLAUDIA ÁTALA TREJO GARCÍA**

por su participación en el concurso de Trabajos Libres correspondiente al  
33 Congreso Internacional AMGG 2019 en la Unidad de Congresos del  
Centro Médico Nacional Siglo XXI que se llevó a cabo del 19 al 22 de mayo de 2019.

Tema:

**"AISLAMIENTO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL".**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Ignacio J. Orzco García  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Armando González Bedoy  
Secretario

**AISLAMIENTO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD RURAL**

MENDOZA MENDOZA LAURA PAMELA: me338661@uah.edu.mx; MARTÍNEZ PÉREZ ANA MARÍA: ma338356@uah.edu.mx; RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ JAZMÍN: ro340036@uah.edu.mx; MALDONADO MUNIZ GABRIELA: gmaldonado@uah.edu.mx; TREJO GARCÍA CLAUDIA ATALA: ctrejo@uah.edu.mx.

**INTRODUCCIÓN:**

El envejecimiento está relacionado con el proceso de pérdidas que les afectan y en ocasiones los hace entrar en crisis, dañando severamente la autoestima de la persona que influye en el deterioro físico y emocional, por otro lado, la inactividad produce baja autoestima, ansiedad y tensión que, con los años, ocasiona la pérdida de fuerza y flexibilidad para realizar las tareas mínimas. Según la OMS, los adultos mayores se ven a ellos mismos como una carga, perciben sus vidas como menos valiosas que las del resto, lo que los coloca en riesgo de aislamiento social y depresión.



Describir la presencia del aislamiento social en dos grupos de adultos mayores del municipio de Ajacuba, Hidalgo.

**RESULTADOS**

RECURSOS SOCIALES	DETERIORO COGNITIVO	DEPRESIÓN	AUTOESTIMA
Comunidad: •18 (90%) alcanzaron puntuación satisfactoria. •8 (26.66%) un puntaje de poco satisfactorio. •4 (13.33%) no satisfactorio.	Comunidad: •21 (70%) obtuvieron un puntaje normal. •9 (30%) sospecha patológica. •4 (13.33%) no satisfactorio.	Comunidad: •11 (36.66%) adquirieron puntuación normal. •15 (50%) puntuación leve. •4 (13.33%) severa.	Comunidad: •18 (53.33%) alcanzaron puntuación elevada. •17 (56.66%) puntuación media.
Casa de día: •17 (56.66%) lograron puntuación satisfactoria. •7 (23.33%) un puntaje de poco satisfactorio. •6 (20%) no satisfactorio.	Casa de día: •21 (70%) consiguieron un puntaje normal. •9 (30%) con sospecha patológica. •6 (20%) no satisfactorio.	Casa de día: •24 (80%) consiguieron puntuación normal. •4 (13.33%) puntuación leve. •2 (6.66%) severa.	Casa de día: •16 (53.33%) adquirieron puntuación elevada. •12 (40%) puntuación media. •2 (6.66%) baja.

Frecuencia y porcentaje de la prevalencia del diagnóstico de aislamiento social en los adultos mayores de acuerdo al ambiente social, Ajacuba, Hidalgo, México.

Fuente: Recopilación de resultados de instrumentos de valoración.

AMBIENTE SOCIAL	AISLAMIENTO SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES		TOTAL
	SI f (%)	NO f (%)	
Comunidad	17 (56.66%)	13 (43.33%)	30
Casa de día	8 (26.66%)	22 (76.33%)	30
Total	25	35	60

**DISCUSIÓN**

Los adultos mayores del municipio de Ajacuba presentaron una prevalencia de 30% con deterioro cognitivo, semejante al 27 % encontrado por Vallejo en el trabajo titulado prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados, realizado en Cádiz Colombia en el 2018, a pesar de que en la población de Colombia predominó el sexo femenino y la media de edad fue menor.

El nivel de deterioro cognitivo la mayoría de los adultos mayores se encuentran en nivel normal equitativo entre ambos grupos.

En el trabajo titulado La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel, realizado en la Ciudad de México, por Sotelo con depresión severa con el 30% superior a lo encontrado con la prevalencia de 10%. Los adultos mayores del municipio de Ajacuba, encontrando similitud en la causa principal de la depresión es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades.

El nivel de depresión del adulto mayor de Ajacuba en su mayoría es normal, encontrando que los adultos mayores de la comunidad se encuentran más afectados que los de la casa de día.

Ricardi en el trabajo titulado Escala de Rosenberg en población de adultos mayores realizado en la Ciudad de México en el 2017, encontró 26.18% de nivel bajo de autoestima superior a lo encontrado en los adultos mayores del municipio de Ajacuba con una prevalencia de 11.6%.

La autoestima del adulto mayor de la comunidad se encuentra en nivel medio y los adultos mayores que asisten a la casa de día en nivel elevado.

Los adultos mayores del municipio de Ajacuba presentaron una prevalencia de 16.6% con carencia de recursos sociales superior a lo encontrado con 5.8% por Fong en el trabajo titulado evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el servicio de geriatría realizado en Santiago de Cuba, en ambos se encontró que la mayoría de los adultos mayores tenían grado de escolaridad primaria, las relaciones sociales no eran tan satisfactorias.

Los recursos sociales de los adultos mayores son satisfactorios ligeramente mayores en los adultos mayores de la comunidad que en la casa de día.

La prevalencia del diagnóstico de aislamiento social es más frecuente en adultos mayores que no asisten a algún programa social del municipio de Ajacuba, Hidalgo.

**CONSIDERACIONES FINALES**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**



**REFERENCIAS:**

- Sotelo-Alonso, I., & Rojas-Soto, J., & Sánchez-Arenas, C., & Irgoyen-Corá, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13.
- Vallejo Sánchez, Jesús Manuel, & Rodríguez Palma, Manuel. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157. Recuperado en 17 de mayo de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es&tlng=es).
- de León Ricardi, César Augusto, & García Méndez, Mirna. (2016). ESCALA DE ROSENBERG EN POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-127. Recuperado en 16 de mayo de 2019, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-422120160020002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-422120160020002&lng=es&tlng=es).
- Fong Estrada, Juana Adela, San Juan, Mercedes Lam, Guzmán Núñez, Somali, & Oliva Fong, Jacquetin. (2013). Evaluación de los recursos sociales en ancianos ingresados en el Servicio de Geriatría. *MEDISAN*, 17(7), 1047-1052. Recuperado en 16 de mayo de 2019, de [http://scielo.ald.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-3019201300070003&lng=es&tlng=es](http://scielo.ald.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201300070003&lng=es&tlng=es).

## Anexo 6 Publicación XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan



<https://repository.usach.edu.mx/bitstream/handle.php/xikua/issue/archive>

XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan

Xikua

ISSN: 2207-0948. Publicación semestral No. 14 (2019) 1-2

### Nivel de autoestima en los adultos mayores de dos grupos de un municipio de Hidalgo, México.

Self-esteem level in older adults of two groups in a municipality of Hidalgo, Mexico.

*Haga clic o pulse aquí para escribir texto.*

---

#### Abstract:

**Objective:** to identify the level of self-esteem in older adults of two groups. **Methodology:** quantitative, descriptive, cross-sectional study, conducted in June-August 2018, in the municipality of Ajacuba, Hidalgo, with a sample of 60 older adults, 30 captured in the community (community group) and 30 enrolled in a program of House by day (Group day house), sampling by availability. The Rosenberg self-esteem scale ( $\alpha$ -Cronbach = 0.79) and a sociodemographic data questionnaire were applied through an interview. **Results:** Community group: 18 were men, 18 were married, 27 did not work, 9 lived with diabetes, 16 with hypertension and 5 without diseases. Day house group: 15 were men, 17 were married, none worked, 20 older adults lived in their own home; 2 smoked tobacco, 3 used medication to sleep, 4 lived with diabetes, 16 with hypertension and 10 without diseases. **Conclusion:** Community group, 8 with high self-esteem, 17 medium and 5 low; Day house group, 16 with high self-esteem, 12 medium and 2 low. **Conclusions:** The self-esteem of the older adult of the community was found at the middle level and of those who attend the day house at an elevated level.

#### Keywords:

Elderly, Self-esteem, Community, Day House.

---

#### Resumen:

**Objetivo:** identificar el nivel de autoestima en los adultos mayores de dos grupos. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en junio-agosto de 2018, en el municipio de Ajacuba, Hidalgo, con una muestra de 60 adultos mayores, 30 captados en la comunidad (Grupo comunidad) y 30 enlistados en un programa de Casa de día (Grupo casa de día), muestreo por disponibilidad. Mediante entrevista se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg ( $\alpha$ -Cronbach=0.79) y un cuestionario de datos sociodemográficos. **Resultados:** grupo Comunidad: 18 eran hombres, 18 estaban casados, 27 no laboraban, 9 vivían con diabetes, 16 con hipertensión y 5 sin enfermedades. Grupo casa de día: 15 eran hombres, 17 estaban casados, ninguno laboraba, 20 adultos mayores vivían en casa propia, 2 fumaban tabaco, 3 consumían medicamentos para conciliar el sueño, 4 vivían con diabetes, 16 con hipertensión y 10 sin enfermedades. Grupo comunidad, 8 con autoestima elevada, 17 media y 5 baja; Grupo casa de día, 16 con autoestima elevada, 12 media y 2 baja. **Conclusiones:** El autoestima del adulto mayor de la comunidad se encontró en nivel medio y de los que asisten a la casa de día en nivel elevado.

#### Palabras Clave:

Adulto mayor, Autoestima, Comunidad, Casa de Día.

---

### I. Introducción

La población del mundo envejece rápidamente y ello es motivo de celebración. Por una parte, este fenómeno evidencia que hemos logrado adelantos contra las

enfermedades. Sin embargo, el envejecimiento plantea a la vez problemas y oportunidades (OMS, 2015), por lo que es necesario considerar los cambios biológicos, psicológicos y sociales. El objetivo del presente

documento fue identificar el nivel de autoestima en los adultos mayores de dos grupos.

### Adulto mayor

Las proyecciones indican que la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050, pasará de 900 millones hasta 2000 millones de personas con más de 60 años de edad, lo que representa un aumento del 12% al 22% (OMS, 2015). La población de adultos mayores representa 10.1% del total de la población rural y 8.6% de la población urbana. Las personas adultas mayores residen en su mayoría en hogares familiares: la mitad de los hombres (49.7%) en nucleares; 38.1% en ampliados y 1.7% en compuestos. 37.9 % de las mujeres viven en nucleares y 47% en hogares ampliados; su presencia en hogares compuestos es similar a la de los hombres adultos mayores. Sin embargo, 12% de las mujeres y 9.2% de los hombres adultos mayores viven solos (INAPAM, 2015).

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida (OMS, 2017). Para el bienestar físico y emocional de los adultos mayores el que se les provea de un ambiente que favorezca su autoestima, donde se promueva su independencia y autonomía y se fomenten las relaciones sociales con otras personas con las que puedan compartir intereses, recuerdos, diversión y, principalmente, donde se valore la experiencia y sabiduría que han adquirido a través de su vida (Gilbert, 2015).

### Autoestima

Rosenberg en 1965 conceptualizó la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, que se construye por medio de una evaluación de las propias características (de León-Ricardí, & García-Méndez, 2016).

La construcción del concepto de autoestima se forma de la interacción de tres esferas principales: la primera es el Yo (mi manera de actuar, mi manera de ser más conocida); la segunda es lo que influye en mi mundo cercano (mi familia, mis amigos, mis relaciones sociales); y la tercera esfera es la interacción cultural y los conceptos que existen en ella. Por ejemplo, en una sociedad donde el Adulto Mayor es valorado culturalmente y es apreciado por sus conocimientos y sabiduría, es menos probable que se presenten graves problemas de la autoestima, como el constante deseo de morir, ya que esta percepción social ayudará a que el adulto mayor tenga un lugar especial en ese grupo en particular. Por el contrario, en las sociedades modernas el adulto mayor tiene dificultad de conocerse y valorarse, ya que el reconocerse viejo es uno de los valores más criticados y por lo mismo es excluido.

La autoestima dará la pauta a conductas en el andar cotidiano.

La autoestima en el adulto mayor puede ser alta o normal cuando la persona se reconoce como importante para sí y los demás, tiene deseos propios, los expresa y defiende; cuando enfrenta las crisis, los cambios y las pérdidas, cuando reflexiona, busca apoyo e información y cuando busca autonomía y la disfruta. Pero también puede presentarse una autoestima baja o negativa, como cuando el adulto mayor tiene una poca aceptación de sí mismo, cuando cree que por su edad no sirve o es un estorbo, cuando no acepta los cambios en su cuerpo y se deprime, cuando es negativo, cascarrabias, pesimista y le cuesta dar y recibir afecto (2016).

## II. Planteamiento del problema o exposición del caso

Una baja autoestima repercute negativamente en todos los ámbitos de la vida. La percepción que tienen los adultos mayores de sí mismos y de su valía o carencia de ella, va a influir irremediablemente en las relaciones personales y en la relación con la sociedad. Cuando se tiene baja autoestima es común sentir una gama de sentimientos negativos como: miedo vergüenza, abandono, rabia, resentimiento, desconfianza, falta de respeto, falta de valía, falta de poder, soledad, aislamiento y pérdida del respeto por sí mismos.

Aplicar la escala de Rosenberg en estudios de valoración de autoestima en adultos mayores podría permitirnos aclarar algunas de las diferencias existentes entre los hallazgos de estudios referentes al nivel de autoestima de dos grupos de la población en un municipio del estado de Hidalgo. Por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de autoestima de los adultos mayores de dos grupos?

## III. Conocimiento previo

En el trabajo titulado Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011, publicaron que la mayoría (62%) de los adultos mayores mostraron nivel de autoestima bajo, 18% intermedio y 20% alto (Villavicencio-Ramírez, & Rivero-Álvarez, 2014).

## IV. Metodología de diseño o de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, aplicado y transversal, observacional. La recolección de datos se realizó en el periodo junio – agosto 2018, en el municipio de Ajacuba, Hidalgo, México; muestra de 60 adultos mayores, de los cuales 30 enlistados en un programa de Casa de día

(Grupo Casa de día) y 30 que no participan en algún programa social (Grupo Comunidad), muestreo por disponibilidad. Se incluyeron personas mayores de 60 años, que residan en el municipio de Ajacuba y que aceptaron participar, se firmó consentimiento informado.

Se aplicó la Escala de autoestima de Rosenberg, que tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. La escala ha sido traducida y validada en castellano. Validez para población Mexicana. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80, consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa, las respuestas se puntúan de 1 a 4, se interpreta como estima elevada si obtiene de 30 a 40 puntos, considerando una autoestima normal, autoestima media de 26 a 29 puntos, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla, y autoestima baja si obtiene menos de 25 puntos, mostrando problemas significativos de autoestima (Jurado-Cárdenas, et al., 2015; De León Ricardi, et al., 2016).

#### V. Aplicación

La diferencia entre dos grupos de una comunidad, nos da la evidencia para sugerir a los adultos mayores la participación en las actividades de un programa elaborado expresamente implantado en la Casa de día, donde tiene acceso a orientación para la salud, programas sociales, actividades recreativas y artísticas, con la finalidad de aumentar el autoestima y con ello mejorar la percepción de la calidad de vida de la población de un municipio del estado de Hidalgo, ubicado dentro de las diez entidades con mayor pobreza en el país (CONEVAL, 2012).

#### VI. Resultados

La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores, 30 del grupo casa de día de Santiago Tezontla y 30 del grupo comunidad. Ambos del municipio de Ajacuba Hidalgo, México.

Grupo Comunidad n=30 adultos mayores, 16 eran de género masculino y 12 femenino; 18 estaban casados y 12 viudos, 4 nacieron en Santiago Tezontla y 26 en Ajacuba, 2 tenían un trabajo estable, 1 se dedicaba al hogar y 27 no realizaban actividades de tipo laboral, 7 adultos mayores tenían entre 1-3 hijos, 18 entre 3-6 hijos y 5 más de 6 hijos, 19 vivían en casa propia, los adultos mayores referían que entre las actividades no aprobadas por la sociedad una persona ingería alcohol y una consumía medicamentos para conciliar el sueño, 9 vivían con diabetes, 16 con hipertensión y 5 no padecían ninguna enfermedad.

Grupo Casa de día: 15 eran de género masculino y 15 del género femenino, 17 eran casados, 12 personas eran

viudos y uno era divorciado, ninguno realizaban actividades de tipo laboral, 2 adultos mayores tenían entre 1-3 hijos, 15 adultos tenían entre 3-6 hijos y 13 tenían más de 6 hijos, 20 adultos mayores vivían en casa propia y 10 no contaban con casa propia, los adultos mayores referían que entre sus actividades no aprobadas por la sociedad solo 2 fumaban tabaco, 3 consumían medicamentos para conciliar el sueño, 4 vivían con diabetes, 16 con hipertensión y 10 no padecían ninguna enfermedad. Ver tabla 1

Tabla 1. Frecuencia de variables sociodemográficas de acuerdo a grupos, de los adultos mayores de Ajacuba, Hidalgo, México, 2018. n=60

Variables sociodemográficas	Grupos		
	Comunidad	Casa de día	
	f	f	
Género	Masculino	18	15
	Femenino	12	15
Estado civil	Casado	18	17
	Viudo	12	12
	Divorciado	0	1
Ocupación	Trabajo	2	0
	Hogar	1	0
	Nada	27	30
Hijos	1-3	7	2
	3-6	18	15
	Más de 6	5	13
Casa propia	Si	19	20
	No	11	10
Actividades	Alcohol	1	0
	Tabaco	0	2
	Medicamentos	1	3
	Ninguna	28	25
Enfermedades	Diabetes	9	4
	Hipertensión	16	16
	Ninguna	5	10

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

#### Nivel de autoestima:

Grupo Comunidad: n=30 adultos mayores, 8 alcanzaron puntuación elevada, 17 puntuación media y 5 baja.

Grupo Casa de día: n=30 adultos mayores, 16 adquirieron puntuación elevada, 12 puntuación media y 2 baja. Ver tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia del nivel de autoestima de acuerdo a grupos, de los adultos mayores de Ajacuba, Hidalgo, México, 2018. n=60

Grupos	Nivel de Autoestima			Total
	Elevada	Media	Baja	
	f	f	f	
Comunidad	8	17	5	30
Casa de día	16	12	2	30
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>60</b>

Fuente: Escala de Rosenberg

## VII. Discusión

De León Ricardí, en el trabajo titulado Escala de Rosenberg en población de adultos mayores realizado en la Ciudad de México en el 2017, encontró 26.18% de nivel bajo de autoestima (de León-Ricardí, & García-Méndez, 2016), superior a lo encontrado en los adultos mayores del municipio de Ajacuba con una prevalencia de 11.6%; la diferencia puede ser por la zona de residencia, ya que las relaciones recíprocas son importantes para la autoestima del adulto mayor (OMS, 2015b), considerando que los participantes nacieron y residen en esta comunidad, las relaciones son fuertes y existe identidad.

## Conclusiones

La autoestima del adulto mayor del grupo comunidad se encuentra en nivel medio y del grupo casa de día en nivel elevado.

Por lo que se recomienda la integración de los adultos mayores a un programa social en una casa de día.

## Agradecimientos

A las autoridades de la Casa de día de Santiago Tezontla y al DIF municipal de Ajacuba, Hidalgo por su apoyo, así como a los adultos mayores por su contribución.

## Referencias

- Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria. (2016). *La importancia de la autoestima en el Adulto Mayor*. Recuperado el 28 de abril de 2019, de Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria A.C.: <https://amgg.com.mx/sobre-el-envejecimiento-la-importancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/>
- CONSEVAL. (2012). *Informe de política y evaluación en el estado de Hidalgo 2012*. Recuperado el 28 de abril de 2019, de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: [https://www.conseval.org.mx/coordinacion/entidades/Docum%20ento%20de%20pol%20tica%20y%20eval%20ac%20%203e%201e%202012-2012\\_Documentos/Informe%20de%20pol%20tica%20y%20eval%20ac%20%203e%201e%202012\\_Hidalgo.pdf](https://www.conseval.org.mx/coordinacion/entidades/Docum%20ento%20de%20pol%20tica%20y%20eval%20ac%20%203e%201e%202012-2012_Documentos/Informe%20de%20pol%20tica%20y%20eval%20ac%20%203e%201e%202012_Hidalgo.pdf)

De León Ricardí, C.A., & García Méndez, M. (2016). Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-127. Recuperado en 28 de abril de 2019, de [http://www.uccelo.edu.mx/uccelo.php?script=sci\\_articulo&id=51688-42212016000200002&lag=es&lang=es](http://www.uccelo.edu.mx/uccelo.php?script=sci_articulo&id=51688-42212016000200002&lag=es&lang=es).

Gilbert, J. (2015). *Importancia de la socialización en el Adulto Mayor*. Recuperado el 28 de abril de 2019, de Geriatria: <http://www.geriatria.com.mx/blog/importancia-de-la-socializacion-en-el-adulto-mayor/>

INAPAM (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Recuperado en 28 de abril de 2019, de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores: [http://cndoc.inapam.gob.mx/documentos\\_download/1012\\_43.pdf](http://cndoc.inapam.gob.mx/documentos_download/1012_43.pdf)

Jurado-Cárdenas, D., Jurado-Cárdenas, S., López-Villagrín, K., & Querevalú-Guzmán, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 18-22. Recuperado en 28 de abril de 2019, de <http://www.medalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>

OMS (2015). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado el 2 de julio de 2018, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/infocus/aging/aging\\_facts/es/](http://www.who.int/features/infocus/aging/aging_facts/es/)

OMS (2015b). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud en Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de abril de 2019, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1)

OMS (2017). *La salud mental y los adultos mayores en Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de abril de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Vilavicencio-Ramírez, L.I. & Rivas-Álvarez, R.P. (2014). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011. *Revista Científica Alas Peruanas*, 1(1), 1-12. Recuperado en 27 de abril de 2019, de <http://dx.doi.org/10.21503/rd.v1i1.422>