



Evaluación de las actividades diarias en dos centros de atención gerontológica

MTFS Claudia Marcela Cantú Sánchez

cm.cantusanchez@ugto.mx

Candidata a Dra. En Ciencias del Desarrollo Humano.
Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida, Universidad de Guanajuato,
México. Integrante del Cuerpo Académico en formación
Investigación en Promoción de la Salud y Cuidado en Grupos Vulnerables.

Dra. Ma. Gloria Vega Argote

gloriav@ugto.mx

Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida, Universidad de Guanajuato, México.
Integrante del Cuerpo Académico Prevención
y Estados Crónicos del Adulto.

MCE. Jorge Emmanuel Mejía Benavides

je.mejiabenavides@ugto.mx

Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida, Universidad de Guanajuato, México.
Integrante del Cuerpo Académico Investigación
Interdisciplinaria Aplicada a la Salud.

MSP. Ma. Eugenia Barreto Arias

mbarreto@ugto.mx

Profesor de Tiempo Completo. Departamento de Enfermería de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida, Universidad de Guanajuato, México.
Integrante del Cuerpo Académico en formación
Investigación en Promoción de la Salud y Cuidado en Grupos Vulnerables.

ME. Greever María Ávila Sánsores

greavila@ugto.mx

Profesor de Tiempo Completo.
Departamento de Enfermería y Obstetricia de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida. Universidad de Guanajuato. México.
Línea de Investigación Prevención y estados crónicos del adulto.

Dr. Gerardo Ruvalcaba Palacios

gruvalcabap@ugto.mx

Profesor de Tiempo Completo.
Departamento de Enfermería y Obstetricia de Irapuato.
División de Ciencias de la Vida. Universidad de Guanajuato. México.
Línea de Investigación Prevención y estados crónicos del adulto.

RESUMEN

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social, producido como consecuencia de cambios genéticamente programados, historia, estilos de vida, ambiente y condiciones sociales a las que estuvo expuesta la persona. En cambio, la vejez es una etapa de la vida cuyo inicio lo establece la sociedad, de ahí que la Organización de las Naciones Unidas acordó que, en los países en desarrollo, se catalogue como adultos mayores a las personas de 60 y más años.

Dentro del presente trabajo, se pretende comparar la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores en dos centros de atención geriátrica ubicado en Irapuato, Guanajuato.

Palabras clave: *envejecimiento; adulto mayor; estancia; actividades de la vida diaria.*

Correspondencia: cm.cantusanchez@ugto.mx

Artículo recibido: 20 abril 2022. Aceptado para publicación: 05 mayo 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Cantú Sánchez, C. M., Vega Argote, M. G., Mejía Benavides, J. E., Barreto Arias, M.E., Ávila Sánsores, G. M., & Ruvalcaba Palacios, G. (2022). Evaluación de las actividades diarias en dos centros de atención gerontológica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 704-722. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2254

Evaluation of daily activities in two centers gerontological care

ABSTRACT

Human aging is a gradual and adaptive biological, psychological and social process, produced as a consequence of genetically programmed changes, history, lifestyles, environment and social conditions to which the person was exposed. On the other hand, old age is a stage of life whose beginning is established by society, which is why the United Nations Organization agreed that, in developing countries, people aged 60 and over should be classified as older adults.

Within the present work, it is intended to compare the ability to carry out activities of daily living of older adults in two geriatric care centers located in Irapuato, Guanajuato.

Keywords: *aging, older adult, stay, activities of daily living.*

INTRODUCCION

Adulto Mayor

Se denomina envejecimiento al proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación con el paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o lo que se refiere a los cambios patológicos, propios de cada individuo y que están relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación con el desarrollo de procesos morbosos. En el año de 1987, Rowe y Kahn establecieron la diferenciación entre envejecimiento normal (usual aging) y envejecimiento exitoso o saludable (successful aging), incluyendo en éste la baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidad, elevada capacidad funcional física y cognitiva, y mantenimiento de una vida activa en la sociedad.

Se tiene estimado que únicamente entre el 20 y 25% de la variabilidad en la edad de fallecimiento vendrá determinado por los factores genéticos, de los cuales unos se constituirán en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores predisponentes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, entre las que podríamos destacar las enfermedades coronarias, algunos tipos de cáncer, la diabetes mellitus o algunas demencias como la enfermedad de Alzheimer.

Los determinantes socioeconómicos ejercen una gran influencia sobre el proceso de envejecimiento, de tal manera que en las sociedades desarrolladas y, por lo tanto, más ricas, la esperanza de vida al nacer llega a ser el doble de la de los países más pobres, incluyéndose las condiciones y seguridad en el trabajo, aspectos referidos a la jubilación o el nivel de instrucción alcanzado.

Otro factor de gran relevancia en el proceso de envejecimiento como lo refiere Calenti, 2011, será el referido a los hábitos o estilos de vida; así, se considerarían hábitos anómalos y, por lo tanto, con influencia negativa sobre el envejecimiento, la vida sedentaria, el consumo de tabaco o alcohol, las dietas no equilibradas, la falta de las relaciones sociales o la actividad en algunos sectores laborales generadores de estrés (directivos, profesionales de la salud o controladores aéreos, entre otros), o muy exigentes desde el punto de vista físico (estibadores o peones de obra, entre otros). Hay que señalar la importante diferencia de longevidad en cuanto al género, ya que, en las

mujeres, por ejemplo, en España, viven casi siete años más de media que los hombres y, de alguna manera, están condicionando una sociedad feminizada de mayores, sobre todos cuando nos referimos a la población de más edad.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999)

El significado de Geriátrica de acuerdo con Nicola 1985, es la medicina de los ancianos. Esta definición incluye, en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.

La gerontología la define Calenti en 2011, como la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas de acuerdo a los aspectos que recoge: la gerontología social, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; la gerontología experimental, referida a los aspectos de investigación que nos permitirían avanzar en el conocimiento del envejecimiento y, por último, la gerontología clínica, que se referiría a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención y readaptación social. En este sentido, la gerontología clínica incluiría todas las actuaciones que hay que realizar en la cabecera del enfermo por los diferentes profesionales del ámbito de la salud.

La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edades: Edad cronológica, Edad fisiológica, Edad psíquica y Edad social.

La Edad Cronológica: Se define por haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años. Es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

Edad Fisiológica: Es definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual:

lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas.

Edad Psíquica: Difícilmente se puede establecer, pero los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

Edad Social: Esta se establece con el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, los límites de la edad social cambian según las necesidades económicas y políticas del momento. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999).

El Paciente Gerontológico como persona: autonomía y dependencia.

Nuestras sociedades envejecidas plantean desafíos económicos, sociales, familiares, personales y también éticos. El tránsito a la madurez y el logro de autonomía significan convertirse en razonadores prácticos independientes. No independencia en el sentido de autarquía, sino independencia consciente de nuestra vulnerabilidad, fragilidad y dependencia: una interdependencia reflexiva, en la que el reconocimiento de la dependencia y su conversión en oportunidad o capacidad de vida es la clave de la independencia y la autonomía.

Las tres dimensiones de la autonomía

Para identificar y comprender cuáles son las necesidades de salud de un paciente gerontológico y las respuestas clínicas y éticas más adecuadas es necesario distinguir tres dimensiones de la autonomía, aunque no como realidades aisladas sino como un continuum: la autonomía decisoria, la autonomía informativa y la autonomía funcional:

- 1) La autonomía decisoria refiere a la libertad de elección, esto es, a la capacidad del paciente para deliberar y decidir (se) por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado. La ausencia o limitación de la autonomía decisoria se califica genéricamente como incapacidad y se soluciona a través de las decisiones de representación, las instituciones de guarda, representación y asistencia y más recientemente, la planificación anticipada de la atención o las instrucciones previas.

- 2) La autonomía informativa se centra en la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales, garantizados al paciente anciano igual que al resto de los ciudadanos.
- 3) La autonomía funcional alude a la libertad de acción (actuación o abstención) y la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas. Esta dimensión está estrechamente relacionada con la primera, la autonomía decisoria, pero conviene otorgarle un tratamiento individualizado en el caso del paciente gerontológico. Las limitaciones en la autonomía funcional suelen calificarse como situaciones de dependencia, o discapacidad y su solución no proviene de las instituciones de representación (que en ocasiones son innecesarias e ineficaces), sino de otras como la asistencia personal, los sistemas de apoyo y los cuidados, profesionales y no profesionales o informales. (Calenti, 2011).

Análisis de la actividad

Diversas investigaciones centradas en el grupo de población de personas mayores concluyen que la actividad física, psicológica y social aumenta de forma significativa la calidad de vida y el bienestar en las personas que lo realizan de manera asidua. Los individuos experimentan por sí mismos y es a raíz de estas experiencias donde conocen sus capacidades y déficit. Así pues, el profesional de la salud puede utilizar las actividades para evaluar las destrezas y déficit de cada persona y para identificar las subsecuentes razones para la planificación de la intervención terapéutica basada en diversas actividades.

Desempeño Ocupacional

El objetivo de la terapia ocupacional es convertir estas ocupaciones humanas que son habituales en estado de salud (comer, caminar, etc) en actividades que adquieren circunstancialmente valor terapéutico.

Para explicar adecuadamente qué es el desempeño ocupacional es necesario entender que desde la terapia ocupacional se trata la función y son utilizados los procedimientos y actividades con el propósito de promover la salud y el bienestar (por ejemplo, a través de la higiene postural); minimizar o prevenir el deterioro (por ejemplo, a través de

estimulación cognitiva con respecto a la memoria); desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias y, por último, desarrollar, mantener y compensar las disfunciones instauradas. Las categorías de la función se encuentran bien diferenciadas: por un lado, las áreas del desempeño ocupacional y, por otro, los componentes del desempeño ocupacional. Según el Marco de Trabajo de la Práctica de la Terapia Ocupacional en su segunda edición (2008) las áreas del desempeño son:

Las actividades de la Vida Diaria Básicas son aquellas actividades orientadas al cuidado de uno mismo, e incluyen el nivel más básico de la ocupación. Incluye la alimentación, el vestido, higiene menor (lavado de manos, lavado de cara, cepillado de pelo y cepillado de dientes), higiene mayor (uso del baño), esfínteres, movilidad funcional (en la cama, silla de ruedas y transferencias) y cuidado de dispositivos personales (gafas, audífonos, lentillas, dentadura postiza, equipamiento adaptado y dispositivos sexuales y contraceptivos).

Las actividades de la Vida Diaria Instrumentales son aquellas que están orientadas hacia la interacción con el medio y que son a menudo más complejas. Incluye cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas de comunicación (teléfono e internet), uso de transporte público, manejo de dinero, cuidados del hogar, preparación de comidas, medidas de mantenimiento y seguridad en el hogar e ir de compras.

Percepción de los cuidados al adulto mayor

Con la globalización debemos retomar el concepto de “cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad debido al aumento en la esperanza de vida a la disminución de la tasa de natalidad, la población de adultos mayores está creciendo más rápido en comparación con otro grupo de edad, lo que indica que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, pero eso también habla de que existen programas exitosos en salud pública y desarrollo socioeconómico haciendo a los adultos mayores funcionales, se prevé que la mayoría de los adultos mayores tendrán convivencia con alguno de sus padres vivos, y muchos jóvenes conocerán a sus bisabuelos, esto ya es cotidiano en nuestros tiempos. La percepción hacia la persona adulta mayor ha ido variando, antes era importante que estuviera inmerso en la familia, más sin embargo ahora los familiares ya consideran el ingreso de ellos en centros geriátricos. Una de las propuestas que los cuidados que se realizan en un centro residencial se realicen por el personal de enfermería ya que se

basan en la planeación asistida de personas ancianos que no pueden permanecer al cuidado de familiares en su propio domicilio, estos deben cumplir con criterios de calidad en la estructura y funcionamiento, sobre todo porque este será su hogar y debe brindar seguridad sobre todo para la prevención de caídas. El personal de enfermería por su formación es el único que debe de estar capacitado para la realización de determinadas técnicas como la administración de medicamentos, aplicación de sondas nasogástricas, valoración biopsicosocial para que el equipo interdisciplinario realice las medidas terapéuticas pertinentes de acuerdo con las necesidades del paciente. Pero además encontramos situaciones en emergencia como Accidentes cerebrovasculares, caídas, glaucoma, asfixia, por lo que se requiere una valoración integral para realizar intervenciones inmediatas de manera adecuada, debemos tomar en cuenta también los factores de riesgo para aplicar programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación. (Quintanilla, 2006).

Otro dato importante a considerar es que los adultos mayores que necesitan de cuidados se deben sentir confiados y seguros si conocen a las personas que les brindan cuidados, aplicando los conocimientos en el manejo de Técnicas y procedimientos ya que su seguridad es muy importante, ya que si el cuidado se realiza de forma no satisfactoria, tardarán más en llegar al bienestar, además los apoyos psíquicos y emocionales tienen un gran impacto en su salud mental fortaleciendo la experiencia como parte del crecimiento personal. (Bergland, 2006). Rey J.I. citado en Vanegas 2009, refiere que el aumento de los adultos mayores lo coloca en una posición de vulnerabilidad en su salud, y protección por lo que debe aplicarse sus derechos humanos y del adulto mayor en las instituciones geriátricas con profesionales disponibles resaltando la importancia del personal de enfermería profesional y capacitado para brindar atención en el cuidado de la salud, seguridad, alimentación, abrigo y trato digno, ya que el objetivo de los centros geriátricos es lograr la mayor autonomía y la valía en actividades de la vida diaria.

Ante estos datos del crecimiento de la población de adultos mayores, Hidalgo 2012 espera que realicen acciones encaminadas a un autocuidado, haciendo referencia a Dorothea Orem y su teoría del autocuidado que se define como el cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo, que es una función inherente a los profesionales de la salud involucrando a la familia y su entorno, incorporándolo a actividades de la vida diaria para aumentar la calidad de vida, es una actividad aprendida por los individuos para

lograr un beneficio de su vida, salud o bienestar. Es un derecho del adulto mayor que participe en los programas de salud público y privados, para lograr el autocuidado a través de la consecución de objetivos, ya que al mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, factores de riesgo y promoción de la salud, además si la persona es sensible a sus sentimientos, sensaciones corporales y respuestas valorara las necesidades personales y aumentara la capacidad de auto cuidarse y lograremos tratar con una población adulta más saludable.(Orem, 1995). La capacidad de realizar el autocuidado aumenta la independencia percibida por las personas mayores aumentando la independencia aumenta la autoestima, la autoconfianza aumentando el bienestar emocional de las personas, la familia es un factor importante para que se realice el autocuidado, así como el personal sanitario a cargo. (Hidalgo, 2012).

En un estudio los resultados encontrados fueron que el género sexo y relación de percepción de autocuidado, el género femenino se considera tener mayor autocuidado a comparación de los hombres, ya que son más dedicadas a buscar el bienestar familiar, ellas aprenden por generaciones realizando el cuidado maternal, a comparación del sexo masculino que es considerado como el género fuerte, y es el grupo que tiene menos cuidados en su salud todo debido a que se dedican más al área laboral, ejerciendo esfuerzos físicos y la salud queda de lado, por ser un acto más femenino y no es considerado en sus actividades de la vida diaria. (Can Valle, 2015). Fassio, 2015 reviso una de las propuestas es la que se realizó en Buenos Aires Argentina llamado programa nacional de cuidados domiciliarios, que apoya principalmente en las personas o servicios sanitarios como lo que es la Formación de cuidadores y servicios de cuidados, los contenidos y materiales son los mismos para todo el territorio por ser un Programa Federal. Este proyecto busca identificar y caracterizar los aprendizajes desarrollados del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, los capacitan 386 horas entre 5-6 meses divididos en módulos incluyendo actividades grupales y de evaluación, y los participantes son adultos de 25 a 50 años, para trabajar con adultos mayores, cuyo objetivo es formación en de cuidadores en conocimientos teóricos sobre fortalecimiento de autoevaluación y autocuidado a través de aprendizajes, en la administración de alimentos y apoyo a servicios, y que puedan realizar estas actividades aprendiendo y formando aprendizajes nuevos para detener un poco el ingreso de estos adultos mayores a estancias o asilos, permaneciendo así más tiempo en el hogar, 50% de las organizaciones

eran públicas y el 30% eran de Organizaciones no Gubernamentales y 11% de Organismos públicos, considero que en nuestro país se podría aplicar un proyecto así con los adultos mayores, ya que se ha trabajado con la población que padece enfermedades crónico degenerativas, considero que este proyecto aporta a mi investigación sobre como en otros países trabajan con estas nuevas perspectivas de Atención al Adulto Mayor.

Estancias

Una de las opciones de vida para los ancianos que son dependientes es que los adultos mayores tienen riesgo de institucionalizarse, aunque es minoría es que realizan varios gastos al sistema de salud requiriendo cuidados por personal que en muchos de los casos no están bien preparados, y aunque muchos carecen de seguridad social y no cuentan con un apoyo familiar adecuado, muchos de ellos con enfermedades crónicas con requerimientos médicos, muchos de ellos cuentan con aislamiento social y bajos recursos económicos. La calidad de vida es un aspecto difícil de abordar en cuanto a la asistencia, ya que un buen servicio depende de la atención y la percepción del atendido ya que depende de dos factores básicos: la descripción subjetiva personal, interna del paciente y, en segundo lugar, la determinación objetiva de los parámetros externos. (Gutiérrez, 1996).

Infraestructura

Ante estos cambios sociales y la visión de proponer estancias de día para los adultos mayores deben estar sustentadas sobre la NOM-001-SSA2-1993 que hace referencia a los requisitos arquitectónicos para establecer los requerimientos a discapacitados sobre las facilidades de acceso, tránsito y permanencia, recibiendo atención médica adecuada que debe incluir pasamanos, rampas, escaleras, salidas de emergencia, extintores, letreros visibles, y para dar el funcionamiento deben basarse en la NOM-167-SSA-1-199 sobre la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, la cual nos habla sobre la infraestructura adecuada para la prestación de servicios, ofreciendo consultorios donde se trabaja con un equipo multidisciplinario como médico, la enfermera, psicólogo, gericultista y terapeuta físico – ocupacional, además podrían contar con actividades para la recreación y adiestramiento como la realización de talleres y manualidades cuyo objetivo es mantener activo al adulto mayor incluso pudiendo vender estos artículos, biblioteca, un servicio religioso que brinda apoyo ya que el envejecimiento es una etapa de pérdidas de seres queridos y una visión más cercana a

la muerte, sala de usos múltiples que se puede usar como áreas para ofrecer pláticas e incluso actividades como el baile, para el área de descanso encontramos los dormitorios que pueden ser individuales o compartidos con no más de 6 camas matrimoniales, los sanitarios deberán ser para hombres y mujeres con lavabos, mingitorios y regaderas, se debe contar con una área administrativa para el ingreso de los Adultos Mayores teniendo la función para la recepción de quejas y sugerencias para los usuarios y familiares para dar seguimiento y solución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo correlacional en el mes de Noviembre de 2016, donde se evaluaron 72 adultos mayores, del Asilo de Ancianos fue de (n=48) que es una estancia para la atención de adultos mayores y para el centro Gerontológico de (n=24) personas, siendo este un centro de día, se les aplicó a ambos grupos índice de Barthel Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades” por medio de la entrevista al paciente o a un familiar y que considera como persona autónoma aquella que dentro de la puntuación total marca 100 puntos de 100, dependiente leve aquella que marca un puntaje mayor a 60, dependiente severa aquella que puntúa entre más de 30 y menos de 60 y dependiente total, aquella que registra menos de 30 puntos. (García y García, 2004), el análisis de datos se realizó con el software SPSS, los resultados son presentados en gráficas diseñadas en Excel para facilitar su comprensión en su descripción. (Zavala, Domínguez, 2010)

Criterios de Inclusión.

- Pacientes con 60 años o más en el momento del estudio.
- Pacientes que dieron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes que no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

RESULTADOS

Empleando los datos recabados de dos instituciones consideradas de apoyo para el cuidado de adultos mayores, realizamos la comparación en estas instancias; una institución privada y un centro público, en el caso de la institución privada fue el Centro

Gerontológico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Institución Pública conocida como el Asilo de Ancianos “Casa Hogar la Paz”, ambos centros situados en la Ciudad de Irapuato. El tamaño de muestra del Asilo de Ancianos fue de (n=48) y para el centro Gerontológico de (n=24) personas, en estos centros la población predominante, fue de un 56.3% (n=27) en el asilo de ancianos, mientras que en el gerontológico fue de 22 mujeres. Con respecto a las edades tampoco hubo variación, la media de edad en el asilo fue de (77.9 ± 8.3), mientras que en el Gerontológico de (72.2 ± 7.7) años de edad.

Los pacientes del Centro gerontológico se bañan de forma independiente en todos los casos, en comparación con el asilo donde más de la mitad de los adultos son dependientes de sus cuidadores 56.2 % (n=27), (U= 283.50, P= 0.000**).

Cuadro 1. Prueba U de Mann Whitney para las Practicas de Autocuidado en el Asilo de Ancianos y el Centro Gerontológico de la Ciudad de Irapuato, Gto.

Categorías	Instituciones				Valores del estadístico de prueba y probabilidad	
	Asilo (n=48) (%)		Gerontológico (n=27) (%)			
Capacidad de la persona para comer por si solo	Dependiente	2 (4%)	Dependiente	0 (%)	U= 576.50	P= 0.140 NS
	Ayuda	5 (1%)	Ayuda	1 (3%)		
	Independiente	41 (8%)	Independiente	26 (96%)		
Capacidad de vestirse	Dependiente	8 (16%)	Dependiente	0 (%)	U= 384.50	P= 0.000**
	Ayuda	13 (27%)	Ayuda	1 (3%)		
	Independiente	27 (56%)	Independiente	26 (26%)		
Capacidad de la deposición	Incontinente	2 (4%)	Incontinente	1 (3%)	U= 283.50	P=0 .000**
	Accidental ocasional	13 (27%)	Accidental ocasional	1 (3%)		
	Continente	33 (68%)	Continente	25 (92%)		
Capacidad de la micción	Incontinente	5(1%)	Incontinente	1 (3%)	U= 491.50	P= 0.026 NS
	Accidente ocasional	12 (25%)	Accidente ocasional	2 (7%)		
	Continente	31 (64%)	Continente	24 (88%)		
Capacidad para acudir al Baño	Dependiente	7 (14%)	Dependiente	0 (%)	U= 432.00	P= 0 .001
	Necesita ayuda	9 (18%)	Necesita ayuda	0 (%)		
	Independiente	32 (66%)	Independiente	27 (100%)		
Capacidad para subir las escaleras	Dependiente	22 (45%)	Dependiente	1 (3.7%)	U= 232.00	P= 0.000**
	Gran ayuda	15 (31%)	Gran ayuda	4 (14%)		
	Independiente	11 (22%)	Independiente	22 (81%)		

García y García (2004), mencionan que los efectos más notorios del cambio en las actividades de la vida diaria instrumental sólo se producen a partir de la edad de los 85 años. Es de estudiar las costumbres y el apoyo familiar que permiten al anciano su cuidado y funcionalidad personal, lo que podemos observar en este estudio es que el adulto mayor que acude al Centro Gerontológico conserva más su independencia en relación con los adultos mayores que se encuentran en el Asilo. Los resultados concuerdan con los de Fociea, Lavizzo 1996 donde concluye que la incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejoran su pronóstico funcional.

CONCLUSIONES (DISCUSIÓN)

Después de la revisión de los resultados nos damos cuenta En este apartado del autocuidado por el resultado de la P no existe diferencia entre ambos grupos para comer por si solos. En la capacidad de vestirse, con base en la prueba estadística se puede deducir que si existe diferencia entre ambos grupos. En la capacidad de la deposición también expresa el resultado de la prueba diferencia entre ambos grupos. En la capacidad de micción al tener una $p=0.026$ nos da a entender que si hay diferencias entre los grupos en este rubro. Respecto a la capacidad para ir al baño aquí también se observa por el resultado de P que existe diferencia entre los grupos. En la capacidad para subir las escaleras existe también una discrepancia entre ambos grupos.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores son manifestados por el declinamiento del estado funcional, que pueden ser condicionantes de inmovilidad, inestabilidad y deterioro cognitivo.

En un estudio de Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor (Loredo, Gallego, Xequé, Palomé, Juárez, 2016), en adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro, el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es

buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.

El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que, a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor. Fomentar el autocuidado y los hábitos saludables en la población joven garantiza la calidad de vida del adulto mayor, en donde el profesional de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción a la salud en la población joven y, por supuesto, en la que llega a los 60 años de edad y más.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(6):681-91.
- Can Valle, A. R., Sarabia Alcocer, B., & Guerrero Ceh, J. G. (2016). Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche / Self-care in older persons of San Francisco City of Campeche. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 6(11), 721 - 739. Citado en. <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/20>
- Calenti Millan, Gerontología y Geriatria. Valoración en intervención. Edit. Panamericana. España, 2011.
- Fassio Adriana, Rutty María Gabriela, Ortíz-Rojas Yenny Patricia, Aijenbon Gisela. Innovación Social, Políticas Públicas y Aprendizaje Organizacional: El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios [revista en la Internet]. 2015 Jul [Citado 2018 Nov 02]; 7(13): 9-24. Disponible en: <http://itmojs.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/810/765>
- Hidalgo-Pedraza L, Blanca-Gutiérrez J J, Jiménez-Díaz M d C, Grande-Gascón M L, Linares-Abad M, Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan* 2012;12(2):13-227. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948002>. Citado 2 de noviembre de 2021.

Loredo-Figueroa M.T., Gallegos-Torres R.M, Seque-Morales A.S. Palomé-Vega G. Juarez-Lira, Nivel de Dependencia, autocuidado y calidad de vida. Enfermería Universitaria. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400> Citado 07 de Abril de 2022

Nicola Pietro de (1985) Geriátría, Edit El Manual Moderno, México, D.F.

Orem, E. Dorothea, Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la práctica , Edit. Masson- Salvat, Barcelona, 1993

Quintanilla M. Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriatricos. (2006), Edit. Monsa – Prayma, Barcelona, 2ª Ed.

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Temas de Enfermería Gerontológica, Editado por la sociedad española de geriatría y gerontología, 1999.

Vanegas C. Blanca Cecilia, Vargas R. Emily, Abella M. Luisa Fernanda, et al, (2009) Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá, Revista Colombiana de Enfermería, 5(5).

Alfaro-Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona, Masson

Bergland A, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. International Journal of Nursing Studies 2006;43(6):681-91.

Bulechek, G. M., Butcher, & Dochterman, J. M. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona, Elsevier.

Burke Mary M, Walsh Mary B. 1998. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor, Edit Elsevier Mosby, Segunda Edición, Madrid, España, pág. 602

Castillo, M. (2009). Envejecimiento exitoso. En Medica Clínica Condes, 20 (2), 167-174. Recuperado de www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/2%20marzo/04ENVEJECIMIENTO-4.pdf

Colliere MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. [revista en la Internet].1999; [Citado 2021];22(1): 27-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3558272>

- Fassio Adriana, Rutty María Gabriela, Ortíz-Rojas Yenny Patricia, Aijenbon Gisela. Innovación Social, Políticas Públicas y Aprendizaje Organizacional: El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios [revista en la Internet]. 2015 Jul [Citado 2021 Nov 02]; 7(13): 9-24. Disponible en: <http://itmojs.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/810/765>
- Frenk Julio, Gómez-Dantés Octavio. La globalización y la nueva salud pública. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2021 Nov 02]; 49(2): 156-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200011&lng=es.
- Gómez Bedoya Maria, (2008). El Aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de Ele: Los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio.
- Hernández Triana, Manuel, 2014. Envejecimiento. Revista Cubana de Salud Pública, Citado 23 de Junio de 2021. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432546011>
- Práctica. Ed. Mc Graw Hill. 4ta edición. España, pp. 39-58.
- Hidalgo-Pedraza L, Blanca-Gutiérrez J J, Jiménez-Díaz M d C, Grande-Gascón M L, Linares-Abad M, Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. Aquichan 201212213-227. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948002>. Citado 5 de noviembre de 2021.
- Instituto Nacional de Geriátría. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. México Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/HECHOS.pdf> Citado el 07 del 10 del 2021.
- Instituto de la U N E S CO para la Educación, 1999. Fecha de Consulta 24 de Julio de 2021
- Lugo-Galera Carlos, Huerta-Sobrino Cristina y Yfarraguerri-Villarreal Lucía, La Globalización Económica y su impacto en el Mercado Laboral en México, [International Journal of Good Conscience] 2014 Ags [citado 2021 Nov 02] 9(2)69-89

- Madrigal-Martínez, Mariana. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexicanos. *Papeles de población*, 16(63), 117-153. Citado el 23 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&tlng=es.
- Mogollón E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación en el Adulto Mayor*. 34(1), 57-74. Citado el 01 de Junio de 2021 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4575/457545090005.pdf>
- Moreno-Fergusson M E, La globalización y el conocimiento de enfermería. *Aquichan* 2009;210-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147001>. Citado: 5 de noviembre de 2021.
- Navarro Elías María de Guadalupe, et. Al. 2014. *Cuidado de Enfermería y la Calidad de Vida en el Adulto Mayor*, Universidad de Guanajuato, Universidad Nacional de Trujillo-Perú, ALTARES COSTA-AMIC Editores.
- Novel Marti Gloria, (1991), *Enfermería Psicosocial*, edit. Salvat, Barcelona España, pag 5.
- OMS 2015, Informe mundial del envejecimiento y la salud. Citado el 01 de Junio de 2021. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- Osorio Adriana y Dr. Alejandro Álvarez Mora.- *Introducción a la Salud Familiar*/editado por 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004. Citado el día 26 de agosto de 2021.
- Ramírez, Liberio Victorino; Víctor Ramírez, Ana Cecilia; (2010). Educación para adultos en el siglo XXI: análisis del modelo de educación para la vida y el trabajo en México ¿avances o retrocesos?. *Tiempo de Educar*, Enero-Junio, 59-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31116163004>. Citado el 27 de Julio de 2021.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, *Temas de Enfermería Gerontológica*, Editado por la sociedad española de geriatría y gerontología, 1999.
- Salgado-de Snyder V. Nelly, Wong Rebeca. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2007 Ene

[citado 2021 Nov 21]; 49(Suppl 4): s515-s521. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es.