

VOL V

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)

 EDITORA
ARTEMIS
2026

VOL V

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS

2026



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores.

Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof ^ª Dr ^ª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^ª Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^ª Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof ^ª Dr ^ª María Guadalupe Vega-López
Imagem da Capa	peopleimages12/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^ª Dr.^ª Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, *Universidad Autónoma del Estado de México*, México
Prof.^ª Dr.^ª Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.^ª Dr.^ª Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru
Prof.^ª Dr.^ª Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha
Prof.^ª Dr.^ª Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^ª Dr.^ª Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^ª Dr.^ª Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México
Prof.^ª Dr.^ª Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^ª Dr.^ª Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos



Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Deuzimar Costa Serra, *Universidade Estadual do Maranhão*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Dina Maria Martins Ferreira, *Universidade Estadual do Ceará*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Edith Luévano-Hipólito, *Universidad Autónoma de Nuevo León*, México
Prof.ª Dr.ª Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*, Portugal
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, *Universidade de São Paulo (USP)*, Brasil
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, *Universidade Federal de Roraima*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México
Prof.ª Dr.ª Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste*, Argentina
Prof.ª Dr.ª Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca*, Espanha
Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República*, Uruguay
Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara*, México
Prof. Dr. Fernando Hitt, *Université du Québec à Montréal*, Canadá
Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Gabriela Gonçalves, *Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP)*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Galina Gumovskaya – *Higher School of Economics*, Moscow, Russia
Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis*, Argentina
Prof.ª Dr.ª Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, *Instituto Politécnico da Guarda*, Portugal
Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina
Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, *Universidad de Guadalajara*, México
Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg*, Suécia
Prof.ª Dr.ª Iara Lúcia Tescarollo Dias, *Universidade São Francisco*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura*, Peru
Prof.ª Dr.ª Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof. Dr. Ivan Amaro, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, Brasil
Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío*, Chile
Prof.ª Dr.ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, *Universidade Federal do Amazonas*, Brasil
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz, *University of Miami and Miami Dade College*, Estados Unidos
Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha*, Espanha
Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, *Universidade de Évora*, Portugal
Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, *UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros*, Brasil
Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México
Prof. Dr. José Cortez Godinez, *Universidad Autónoma de Baja California*, México
Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Diaz, *Instituto Politécnico Nacional*, México
Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid*, Espanha
Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín*, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, México
Prof. Dr. Juan Porras Pulido, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, *Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*, Brasil
Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, *Universidade Estadual Paulista (UNESP)*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Lúcia do Carmo, *Universidade Federal de Goiás*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Luciane Spanhol Bordignon, *Universidade de Passo Fundo*, Brasil
Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México
Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha
Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodríguez, *Universidad Santiago de Compostela*, Espanha
Prof. Dr. Manuel Simões, *Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Márcia de Souza Luz Freitas, *Universidade Federal de Itajubá*, Brasil
Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, *Universidade Estadual Paulista (UNESP)*, Brasil
Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, *Universidade Federal de Sergipe*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Mar Garrido Román, *Universidad de Granada*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Margarida Márcia Fernandes Lima, *Universidade Federal de Ouro Preto*, Brasil
Prof.ª Dr.ª María Alejandra Arecco, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.ª Dr.ª Maria Aparecida José de Oliveira, *Universidade Federal da Bahia*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Maria da Luz Vale Dias – *Universidade de Coimbra*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Caetano, *Universidade Nova de Lisboa*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, *Universidade Federal do Maranhão*, Brasil
Prof.ª Dr.ª MªGraça Pereira, *Universidade do Minho*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maria Gracinda Carvalho Teixeira, *Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*, Brasil
Prof.ª Dr.ª María Guadalupe Vega-López, *Universidad de Guadalajara*, México
Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Pato, *Instituto Politécnico de Viseu*, Portugal
Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana*, Cuba
Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, *Universidade Federal de Lavras*, Brasil
Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, *Universidad del Pais Vasco*, Espanha
Prof.ª Dr.ª Ninfa María Rosas-García, *Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional*, México
Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, *Universidade Federal Fluminense*, Brasil
Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*, Peru
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, *Universidade Federal de Lavras*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, *Universidade do Estado da Bahia*, Brasil
Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, *Universidade Federal do Pará*, Brasil
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, *Universidade Federal do Piauí*, Brasil
Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, *Universidade Federal do Piauí*, Brasil
Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, *Universidade Federal de Uberlândia*, Brasil
Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil
Prof.^a Dr.^a Stanislava Kashtanova, *Saint Petersburg State University*, Russia
Prof.^a Dr.^a Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha
Prof.^a Dr.^a Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil
Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca*, Colômbia
Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, *Universidad de León*, Espanha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da Saúde [livro eletrônico] : investigação e prática V /
Organizadores Guillermo Julián González-Pérez, María Guadalupe
Vega-López. – Curitiba, PR: Artemis, 2026.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-81701-91-8

DOI 10.37572/EdArt_310326918

1. Ciências da Saúde – Pesquisa. 2. Cuidado comunitário. 3.
Saúde familiar. I. González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López,
María Guadalupe.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



PRÓLOGO

El volumen V de ***Ciências da Saúde: Investigação e Prática*** reúne un conjunto de investigaciones que reflejan la diversidad, complejidad y actualidad de los estudios en el campo de las Ciencias de la Salud. A través de distintos enfoques teóricos y metodológicos, los trabajos que aquí se integran abordan problemáticas relevantes que atraviesan tanto la práctica clínica como las dimensiones sociales, culturales y organizacionales de la salud.

Lejos de presentar una visión fragmentada, la obra propone una lectura articulada en torno a ejes temáticos que permiten comprender la salud como un fenómeno integral, en el que confluyen factores individuales, colectivos y estructurales. Esta organización no solo facilita el recorrido del lector, sino que también evidencia la riqueza de perspectivas que caracterizan a la investigación contemporánea en salud.

El primer eje, dedicado a la salud mental, el comportamiento y los contextos socioculturales, pone de relieve la importancia de comprender los procesos de salud y enfermedad desde miradas que integran lo psicológico, lo familiar y lo cultural. Los trabajos reunidos en esta sección invitan a reflexionar sobre experiencias de sufrimiento, aceptación y construcción de sentido, así como sobre prácticas cotidianas vinculadas a la salud, como los comportamientos alimentarios y las elecciones nutricionales en contextos colectivos, destacando la necesidad de enfoques sensibles a la diversidad de contextos y realidades.

El segundo eje aborda los sistemas de salud, la calidad de la atención, la mortalidad y los determinantes sociales, evidenciando que el acceso, la equidad y la experiencia de los usuarios, así como los indicadores sanitarios, no pueden analizarse al margen de las condiciones estructurales en las que se inscriben. Las investigaciones aquí presentadas contribuyen a comprender las tensiones existentes entre políticas, prácticas y realidades territoriales, los retos que plantean situaciones extremas como la pandemia de covid 19, así como los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en la búsqueda de una atención más justa y eficiente.

En el tercer eje, centrado en la gestión, los procesos y las prácticas en salud, se destacan estudios que analizan aspectos técnicos y organizacionales fundamentales para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. A través de investigaciones vinculadas a la procuración, evaluación y optimización de recursos, se pone de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos para garantizar calidad, seguridad y sostenibilidad en la atención.

Finalmente, el volumen se cierra con un eje dedicado al cuidado, la enfermería y los grupos específicos, donde se recupera la dimensión más humana de la salud. Las

contribuciones aquí reunidas abordan el acompañamiento a poblaciones en distintas etapas de la vida, subrayando la relevancia del cuidado centrado en la persona, la autonomía y el bienestar como pilares fundamentales de la práctica sanitaria.

La presencia en este volumen de trabajos realizados por autores de diversos países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú) y europeos (Portugal, Rumania) brinda al lector la posibilidad de conocer de primera mano no solo aspectos relevantes de la salud de nuestras naciones sino también tener una muestra de por dónde van las inquietudes investigativas en el campo de la salud en la actualidad.

En conjunto, esta obra ofrece una visión amplia y actual de las Ciencias de la Salud, integrando distintos niveles de análisis y destacando la necesidad de enfoques interdisciplinarios. Más que un compendio de estudios aislados, el volumen se presenta como un espacio de diálogo que invita a repensar las prácticas, fortalecer la investigación y contribuir a la construcción de sistemas de salud más humanos, equitativos y eficaces.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez

Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

SAÚDE MENTAL, COMPORTAMENTO E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS

CAPÍTULO 1..... 1

EL TRABAJO CON FAMILIAS Y SUS REPERCUSIONES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Milagros Guadalupe Murillo Benavides

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269181

CAPÍTULO 2..... 13

SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES WAORANI: UN CASO ETNOGRÁFICO EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA

Patricio Trujillo-Montalvo

Catalina Rivadeneira-Suárez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269182

CAPÍTULO 3.....25

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER – A REALITY

Ana Maria Cîmpeanu

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269183

CAPÍTULO 4..... 44

FOOD WASTE AND NUTRITIONAL INTAKE IN A UNIVERSITY CANTEEN: DIFFERENCES BY SEX AND AGE

Clara Gomez-Urios

Maria J Esteve

Jesús Blesa

Clara Cortés

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269184

SISTEMAS DE SAÚDE, QUALIDADE DE ATENÇÃO, MORTALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS

CAPÍTULO 5..... 58

PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CENTRO DE SALUD TIPO C “EL PARAÍSO”

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Ryan Isak Macas Tapia

Máxima del Rocio Campoverde Ponce

Daniela Yolanda Torres Celi

Ariana Belén Ajila Sarango

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269185

CAPÍTULO 6.....70

CURSO DE VIDA COMO CONDICIONANTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019

Karen Andrea Pesse Sorensen

Oscar Germán Artega Herrera

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269186

CAPÍTULO 7 81

INEQUIDADES TERRITORIALES Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD EN TRES MUNICIPIOS COSTEROS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ COLOMBIA

Liliana Yadira Martinez-Parra

Yancy Lucetty Mena Torres

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269187

CAPÍTULO 8..... 95

¿POR QUÉ SE HA RECUPERADO LA ESPERANZA DE VIDA TRAS LA PANDEMIA EN MÉXICO?: UN ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

Guillermo Julián González-Pérez

María Guadalupe Vega-López

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269188

CAPÍTULO 9..... 106

DESCRIPCIÓN DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE MISIONES (2019-2022)

Daniel José Szewaga

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269189

CAPÍTULO 10..... 124

DESCARTE DE TEJIDO CORNEAL PROCURADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MISIONES, ARGENTINA: ANÁLISIS DE SEROLOGÍAS REACTIVAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y FACTORES ASOCIADOS (2010–2019)

Silvia Andrea Zucco

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691810

CUIDADO, ENFERMAGEM E GRUPOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO 11..... 139

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Claudia Marcela Cantú Sánchez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691811

CAPÍTULO 12 162

AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DA PESSOA IDOSA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE

Mafalda Sofia Cardoso Inácio

Rosa Cândido Carvalho Pereira Melo

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691812

CAPÍTULO 13 176

RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REGISTOS DE ENFERMAGEM

Telma Marina Barros

Liliana Maria Monteiro Neto

Sónia Cristina Borges Leão Costa

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691813

SOBRE OS ORGANIZADORES 187

ÍNDICE REMISSIVO 188

CAPÍTULO 11

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Data de submissão: 13/02/2026

Data de aceite: 27/02/2026

Claudia Marcela Cantú Sánchez

Maestra en Terapia Familiar Sistémica
Profesor de Tiempo Completo del
Departamento de Enfermería y
Obstetricia de Irapuato
División Ciencias de la Vida
Universidad de Guanajuato
Doctorante en Ciencias del
Desarrollo Humano
UNIVA León
México

<https://orcid.org/0000-0003-2677-2570>

RESUMEN: La enfermería es considerada como un producto social relacionado con el arte de cuidar que responde a la necesidad de la ayuda a las personas cuando han perdido la independencia, estos cuidados se brindan cubrir las necesidades reales o potenciales por lo tanto las teorías y modelos conceptuales no son nuevos en la práctica de enfermería, desde que Florence Nightingale sentó las bases para la profesionalización de Enfermería. Ahora la enfermera tiene una visión científica que guiarán los pasos en la atención al individuo, familia o comunidad de forma holística con un fundamento de acuerdo con las necesidades. En las clasificaciones

de las diferentes teorías y modelos de enfermería uno de los roles es ayudar al individuo a realizar acciones que la persona no puede realizarlos por sí mismo como las acciones que preservan la vida, una de las representantes de esta tendencia es Dorotea E. Orem. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar. El tipo de paciente que se describe en la teoría del déficit de autocuidado son pacientes que requieren una ayuda parcial o total para realizar actividades de autocuidado, o en conjunto enfermera-paciente como el baño o pacientes con cuidados especiales, si existe el déficit de autocuidado los enfermeros pueden compensarlo con la participación del individuo para realizar, regular o rechazar el cuidado, de rechazar el cuidado de enfermería se deben activar otro sistema para llevarlo a cabo.

PALABRAS-CLAVE: adulto mayor; déficit de autocuidado; Orem; la relación familiar.

FAMILY FUNCTIONING AND SELF-CARE DEFICITS IN OLDER ADULTS

ABSTRACT: Nursing is considered a social product related to the art of caring, responding to the need to assist individuals when they

have lost independence. Such care is provided to meet real or potential needs. Therefore, theories and conceptual models are not new to nursing practice, especially since Florence Nightingale laid the foundations for the professionalization of nursing. Today, nurses adopt a scientific perspective that guides care for individuals, families, and communities in a holistic manner, based on their specific needs. Within the classification of nursing theories and models, one of the central roles is to assist individuals in performing actions they are unable to carry out by themselves, particularly those that preserve life. One of the main representatives of this approach is Dorothea E. Orem. Self-care is a learned activity directed toward a specific goal. It is a behavior that occurs in concrete life situations and is oriented either toward oneself or the environment, in order to regulate factors that affect one's development and functioning, ultimately benefiting life, health, and well-being. The type of patient described in the Self-Care Deficit Theory includes individuals who require partial or total assistance to perform self-care activities, or who engage in shared care with nurses, such as bathing or other specialized care needs. When a self-care deficit exists, nurses can compensate for it through patient participation in performing, regulating, or even rejecting care. In cases where nursing care is refused, alternative systems must be activated to ensure that care is still provided.

KEYWORDS: older adult; self-care deficit; Orem; family relationship.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el aumento de promedio de vida ha provocado el desarrollo de enfermedades degenerativas que ocurren con más frecuencia ocasionando estados de minusvalidez. Actualmente en México viven 8 millones de adultos mayores y la ONU calcula que de continuar estas tendencias para el año de 2025 los adultos mayores en América Latina y el Caribe constituirán el 14.1% de la población del planeta llegando hasta el 22.6% en 2050. Nuestra sociedad relega a los ancianos ocasionando baja autoestima, deterioro físico y aislamiento social, en algunos casos maltrato, generando depresión. Se visualiza un incremento del grupo poblacional de adultos mayores en Guanajuato sobre todo en los corredores industriales: León Irapuato y Celaya previendo que el aumento de la población de adultos mayores se triplique en los próximos veinte años. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 2014).

Con los últimos avances en medicina y salud pública aumento el promedio de vida de las personas, y aunque la muerte no se evita, es de vital importancia llegar a una adultez con calidad, este cambio demográfico creará consecuencias a nivel social, demográfico, familiar y económico.

Uno de los problemas de salud de los adultos mayores como grupo poblacional serán las enfermedades crónicas con mayor prevalencia que ocurren por múltiples factores; es por esto que familia y sociedad tienen la responsabilidad de ofrecer las

oportunidades para que el adulto mayor tenga las habilidades para lograr un autocuidado satisfactorio a través de intervenciones de enfermería.

2. MÉTODO

Se entrevistó a una derechohabiente de un asilo de ancianos de 66 años; utilizó el método de estudio de caso entendido como el análisis de una situación real, la entrevista a profundidad es una forma de recolección de datos de manera primaria ya que recoge de modo descriptivo el estado de una cuestión en el Estado de Guanajuato, en México, la descripción y valoración de una adulta mayor que llamaremos Amalia, se llevó a cabo por personal de enfermería en 10 visitas previo consentimiento informado, posteriormente se procedió a la jerarquización de requisitos afectados, y de acuerdo a ellos se realizaron valoraciones focalizadas para adquirir datos suficientes para proceder a la elaboración de diagnósticos de Enfermería y posteriormente, establecer el plan de cuidados especializados de acuerdo al sistema de Enfermería, considerando las capacidades de autocuidado de la paciente y su familia.

Esta teoría es parte del modelo de Orem donde establece que los sujetos de cuidado presentan limitaciones relacionadas o derivadas de su estado de salud lo que incapacita un autocuidado continuo o resulta ineficaz o incompleto. Podemos definir que existe déficit de autocuidado cuando las demandas de la capacidad de la persona las sobrepasan y no pueda actuar porque no cuenta con la capacidad o no puede realizar las acciones para cubrir las demandas de su autocuidado.

La legitimidad de los cuidados de enfermería se da por la existencia del déficit de autocuidado cuando las personas que se encuentran con alguna limitación o incapacidad no pueden realizar su autocuidado, siendo candidatos para el cuidado de enfermería. El personal de Enfermería analiza cuales son los requisitos de cuidado del paciente para cubrirlos realizando un plan de cuidados, evaluando las capacidades y aumentar el potencial del paciente para llevarlas a cabo, cuando se recabaron los datos, se realizó el análisis con el programa Atlas ti para información cualitativa, versión 7, se codifico y se hizo un análisis de los datos. Cabe destacar que publicaciones en Enfermería en estudio de caso de adulto mayor son mínimas, lo cual revela una gran necesidad de la realización de investigación en esta línea para enriquecer la práctica de Enfermería.

3. ENVEJECIMIENTO

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 según 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 Calenti en el 2011 define gerontología 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.

Aspectos psicosociales del envejecimiento

Para analizar los cambios psicosociales que se presentan en las personas mayores se ha de tener en cuenta no sólo su situación en el momento actual sino toda una serie de circunstancias que han influido y van a influir en los mismos, junto con su proceso de envejecimiento.

- **Tiempo de reacción:** Con el envejecimiento la repuesta a estímulos es más lenta. Por ello, al cuidar a personas ancianas hemos de partir de la base de que su ritmo va a ser más lento y evidentemente les tenemos que hacer comprender que no pueden realizar las actividades de una forma más rápida ya que ello conllevaría un riesgo importante de carácter físico y por ello no deben de sentirse incapaces de realizar dichas tareas, minimizando de esta forma el impacto psicológico que representa el sentirse incapaz de realizar algo, ya que el tema es sólo una cuestión de tiempo.
- **Capacidad de acción:** La lentitud es más notoria a medida que pasan los años, algo fácilmente observable en las personas ancianas, siendo ésta una de las características más destacadas del envejecimiento. Esta lentificación de las acciones está influenciada por la pérdida de eficacia de los procesos

sensoriales, pues el sistema nervioso central procesa los estímulos con menos eficacia y da lugar a un tiempo de respuesta mayor y alterando evidentemente también la precisión. Por ello no debemos apresurar al anciano en la realización de una actividad, hay que darle tiempo al tiempo.

Agudeza sensorial

- **Inteligencia:** Según Eisdorfer en Callenti 2011, la define como “la capacidad de comunicar, comprender y cuidar de uno mismo”. La persona mayor anciana media, física y mentalmente sana, no presenta disminución en su capacidad de inteligencia. Por lo general el déficit de inteligencia se suele relacionar con el estado de salud, específicamente con las patologías vasculares que afectan a la corteza cerebral, causando una disminución en la capacidad del cerebro para almacenar información.

Aprendizaje

- En las etapas finales de la vida tanto la memoria como el aprendizaje disminuye, aunque no temporice esta función, es decir, que se le permita utilizar el tiempo que necesite. También se debe de tener presente que el aprendizaje está relacionado con toda una serie de factores complejos que influyen en él como la salud, el tiempo de reacción y la motivación entre otros. La verdad es que las personas mayores tienen una motivación alta en el aprendizaje, cuando el tema o actividad tienen un sentido para ellos. Lo que es cierto es que aprenden con mayor facilidad cuando la información se da a un ritmo más lento y en ausencia de factores distorsionantes, o sea, que el entorno no distraiga y a la vez sea facilitador o favorable.
- **Resolución de problemas:** Ante los problemas, las personas ancianas intentan buscar su solución a través de sus experiencias previas. Parece ser que, ante retos nuevos, para los que no tienen experiencias anteriores propias, presentan un alto grado de dificultad para solucionarlos. Les es difícil llegar a realizar una discriminación precisa frente a los estímulos múltiples para organizar una información o material que sea complejo y evidentemente también por la ineficacia de su memoria a corto plazo.

El proceso de envejecimiento produce un deterioro mínimo en la memoria. La memoria se divide en inmediata, reciente y remota.

- La memoria inmediata la medimos pidiendo a las personas que repitan una serie de números, por lo tanto, implica un recuerdo durante unos segundos. Es

una función que raramente se ve dañada significativamente en las personas ancianas.

- La memoria reciente consiste en recordar información suministrada hace unos minutos. Se caracteriza por estar disminuida en las personas ancianas. Este tipo de memoria se puede ver afectada por factores fisiológicos y/o psicológicos. Esto último puede suceder en una persona que puede ser independiente, aun teniendo una libera afectación de este tipo de memoria; el hecho de que se presente un problema fisiológico (hipoxia) o psicológico (el fallecimiento de una persona allegada) puede desencadenar una descompensación o pérdida de capacidad importante o grave en este tipo de memoria.
- La memoria remota es la que permite recordar lo sucedido o aprendido hace muchos años. Su función se ve poco afectada por el envejecimiento normal.
- Los cambios en la motivación para la realización de unas determinadas actividades en los ancianos suelen estar enmarcados por la utilidad que ellos los ven. Si tiene una percepción positiva sobre la misma el grado de motivación será alto y si no es así, todo lo contrario.
- El autoconcepto positivo de las personas mayores es uno de los valores más importantes. La persona que tiene un buen autoconcepto de sí misma tendrá más recursos para luchar contra los problemas diarios, pues la autoestima tiene un profundo efecto sobre los procesos de pensamiento, emociones, deseos, valores, objetivos y comportamiento. Los ancianos presentan alteraciones de la autoestima con frecuencia, causados por procesos patológicos agudos o crónicos, por cambios en el entorno físico, social o económico, como pérdidas de seres queridos, etc. Ante estas circunstancias existen alternativas como el voluntariado o los animales de compañía, etc., que servirán para incrementar la autoestima.
- Se considera que es un rasgo que heredamos y en el que influye el entorno. Es la forma como la persona percibe, piensa, actúa y siente. Se puede decir que hay dos personalidades, una interna, donde encontramos la motivación, la autoestima y los valores y otra externa, que es la que la persona muestra a los demás. La personalidad en el anciano no suele alterarse por el proceso de envejecimiento, y es clave para determinar cómo se va a comportar ante un determinado proceso, es decir, cuáles van a ser sus reacciones. Esto significa que una persona anciana hará frente a las pérdidas de la misma manera en la que ha actuado a lo largo de toda su vida. Los cambios acentuados que se

presenten estarán relacionados con el miedo a las pérdidas y a los procesos de duelo.

- La jubilación se establece de forma administrativa al llegar a una determinada edad y lleva consigo asociado toda una serie de cambios, que fuerzan a la naturaleza humana a renovaciones de conducta y comportamientos a partir de un momento cronológico determinado, con lo que crea toda una serie de problemas físicos, sociales y psicológicos, muchos jubilados no resisten, y desarrollan cuadros de ansiedad o angustia con repercusiones físicas y psicológicas. (Quintanilla, 2006)

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, 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:

- 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 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.
- La autonomía funcional alude a la libertad de acción (actuación o abstención) y la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas. (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. 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.

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.

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).

Educación del Adulto Mayor: El aprendizaje en la tercera edad a partir de los años 70 se empezó a considerar al desaparecer la formación permanente y en la aparición de la educación permanente. Pierre Vellas un profesor de la Universidad de Ciencias sociales de Toulouse, Francia, para el año de 1973 propone el funcionamiento de la primera universidad de la Tercera edad facilitando el conocimiento y cultura del adulto mayor, es a partir de ahí donde se crean nuevas universidades con programas destinados a adultos mayores para formarlos reconociendo las necesidades de los adultos mayores. (Gómez, 2008).

Ramírez, et al, 2010, aseguran que con un mundo en constante cambio el ser humano necesita ser educado y formado de por vida por lo que la educación de adultos es un punto vital de importancia para el logro de los avances educativos, la educación para adultos es aquella que inicia, continua y termina el proceso educativo y es que en México el 34% de la población presenta rezagos educativos como el no saber leer o escribir y los objetivos en alfabetización no se han alcanzado y es que la visión del gobierno es que la educación de los adultos mayores es para subsanar las metas no alcanzadas por el sistema escolarizado.

En las últimas décadas, diferentes organizaciones e instituciones nacionales e internacionales organizan eventos relacionados con la tercera edad, con el fin de concientizar a la sociedad en general sobre su vulnerabilidad, otros ayudan a reintegrarlos con actividades encaminadas a formar su independencia capacitándolos en actividades para obtener un ingreso, además de integrarlos con otros adultos mayores con actividades lúdicas y recreativas. La imagen de la vejez es de la disminución de las capacidades intelectuales y cognitivas llamado declive de la inteligencia por desgaste en este ciclo vital, pero el aprendizaje de la tercera edad presenta rasgos distintivos que lo hacen peculiar por lo que deben ser tomados en cuenta en los programas educativos. (Gómez, 2008).

En el área educativa se da por hecho que el adulto mayor es un cliente difícil debido a que son lentos y pasivos y no tienen la capacidad de retención para un proceso de aprendizaje. Es importante basarse en los aspectos que son positivos en el proceso de envejecimiento como la participación, experiencias y el potencial para vivir plenamente apoyando el envejecimiento activo y próspero. El adulto mayor posee un conjunto de aprendizajes de experiencias previas, son activos y motivados como la gente joven. Los

programas de alfabetización para adultos mayores demuestran que los participantes son participes en su aprendizaje y en relación con los jóvenes obtienen el mismo éxito. Por lo que las personas de edad no deben marginarse, en Australia el gobierno puso su atención en los adultos mayores con una ley para protegerlos de la discriminación.

Las computadoras y el manejo de las técnicas en computación según la UNESCO, 1999, actualmente son de interés del adulto mayor. El Programa de la Universidad de Milán en el Área de Gerontología Aplicada posee un programa para la enseñanza de la tercera edad con más de 3000 jubilados que aprendieron a trabajar con computadoras.

4. ENFERMERÍA

Enfermería y el adulto mayor: El objetivo de la enfermería se ha ampliado desde la atención al individuo enfermo hasta su cuidado tanto en su salud como en enfermedad, y desde la atención del individuo de forma aislada, hasta el cuidado de la familia e incluso de toda una comunidad. En el pasado, la principal actividad de la enfermera era ocuparse del individuo enfermo, estando la atención sanitaria orientada hacia la enfermedad. Hoy en día, el objetivo principal es el conocimiento de las necesidades, aún en situaciones de salud y la independencia de la enfermera.

Es necesaria la prestación de servicios de cuidado de los adultos mayores en el hogar ya que el 27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres en el año 2009, tuvieron que recurrir a algún apoyo de un miembro de la familia, y uno de cinco adultos mayores necesitan ayuda en el rango de edad de 60 a 69 años y uno de tres adultos mayores de 80 años solicitara apoyo familiar, en nuestro país todavía tenemos estructuras familiares extensas, esto crea cambios en la estructura familiar modificando cambios en el rol, aunado a las pérdidas físicas, emocionales y de salud, el adulto mayor pierde su rol que fue asumido a lo largo de la vida modificando su autoimagen y autoconcepto, siendo el adulto mayor parte importante en contraste Corea del Sur, Estados Unidos y Alemania este cuidado es una responsabilidad individual. En México gracias a los programas de salud el 23% de los adultos mayores que ingresan a hospital pudieron prevenirse por un nivel preventivo de salud ya que el 2% de esta población fallece. En el sistema de salud de las 13336 unidades hospitalarias solo 176 camas son destinadas para la atención de pacientes geriátricos siendo 77% destinadas por la secretaria de Salud y el 18% se encuentran en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y es de considerar que actualmente es insuficiente el número de geriatras siendo 197 registrados por la Secretaria de Salud. Solo en México 8 Universidades cuentan con un posgrado de Geriatria: la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma del

Estado de México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, el Instituto Mexicano de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad Autónoma de Guadalajara y el Instituto Politécnico Nacional. (ING, 2016).

Tecnología y Enfermería

La tecnología se aplicará en el área de la salud sobre todo en el área de cuidados intensivos o unidades coronarias, por lo que enfermería debe aprender a utilizar nuevas técnicas e instrumentos para el tratamiento de la población demandante, obligando a la enfermera a adaptarse con los nuevos y complejos equipos. El personal de Enfermería debe ser personal profesional capacitado, que prestara los servicios en los centros de educación geriátrica para mejorar y brindar una atención geriátrica de calidad, sobre todo a los adultos mayores minoritarios, de multietnia, con bajos recursos y de abandono por lo que requiere que el personal a cargo tenga conocimientos y entrenamiento, para brindar liderazgo de profesores universitarios y trabajar de forma inter y multidisciplinariamente en estas instancias prestadoras de servicios sanitarios que trabajan con adultos mayores. Según las expectativas la población de adultos mayores continuará creciendo y cada vez la cantidad de los adultos mayores será más numerosa por lo que es un reto para nuestro sistema de salud ya que las demandas por los servicios serán sobrepasadas por el costo en la atención de este grupo de edad, por lo que aparecerán nuevas formas en la prestación de servicios de salud. Aparecerán casas en grupo, casas de vivienda asistida o instalaciones para el retiro, nuevas y diferentes casas de asistencia con diferentes formas de pago y múltiples servicios que pueden ofrecer. Se espera que estos adultos mayores tengan una casa propia pudiendo elegir donde vivir, y probablemente la tendencia sea envejecer en su propio hogar (Burque y Walsh, 1998).

Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría del Modelo de Orem establece que los sujetos de cuidado presentan limitaciones relacionadas o derivadas de su situación de salud provocando incapacidad para la realización del autocuidado continuo o no se realice de manera adecuada, siendo ineficaz o incompleto. El déficit de autocuidado ocurre cuando la demanda de acción es mayor a la capacidad de la persona para actuar, no tiene la capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para lograr cubrir las necesidades de cuidado, puede darse en personas limitadas o incapacitadas.

La Teoría del Déficit de autocuidado de Orem

Prado (2014), menciona que es una relación entre la necesidad del ser humano desarrollar el autocuidado y cuando el autocuidado no se puede llevar a cabo de

manera adecuada, ya que las personas realizan el autocuidado de manera operativa adecuada, pero en otros no es posible, sobre todo en aquellos pacientes que requieren cuidados de enfermería de manera total ya que por sí mismos no los pueden realizar o requieren ayuda.

Los requisitos del autocuidado según Orem son tres:

1. Universales, que son comunes para todo el mundo y pueden ser variables en función de algunos factores ya sea internos o externos.
2. De desarrollo, que son determinados en etapas evolutivas de la persona.
3. De alteración de la salud, que son los que se derivan de alguna enfermedad.

Los requisitos del autocuidado son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener al realizar su autocuidado, estos son conceptualizados y validados por su utilización en la ayuda a individuos para manejar su salud y bienestar y se han convertido en elementos de la cultura general de los profesionales al cuidado de la salud.

Objetivos del autocuidado

Las actividades dirigidas al autocuidado de la persona vienen determinadas por objetivos tales como:

- 1.- Incrementar el nivel de salud actual de la persona, incluso en aquellas situaciones en las que la salud está disminuida por cualquier causa.
- 2.- Mantener al máximo el nivel de bienestar de la persona, identificando los cambios necesarios en el propio estilo de vida.
- 3.- Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista que debe ser integral mejorando el autoconcepto y potenciando la autoestima y la autoimagen.
- 4.- Incrementar las capacidades de ayuda a los demás a través del equilibrio físico y emocional.

Factores que influyen en el autocuidado

Las personas a lo largo de la vida aprenden múltiples habilidades y conocimientos, así como el desarrollar capacidades para las cuestiones más diversas (el oficio de albañil, cocina, mantenimiento del hogar, etc.). Pero los elementos que pueden ser descritos como elementos influyentes tanto en la cantidad como en la calidad son los siguientes:

1. Factor sociocultural como la edad, sexo, origen, educación, nivel de ingresos, estos mediatizan la concepción, la capacidad y motivación para incrementar los conocimientos sobre habilidades de autocuidado.

2. Patrones familiares, tales como formas de comunicación, formas de afrontamiento al estrés, la educación en hábitos de salud, la filosofía de vida, el concepto de salud y cuidado.
3. Experiencias previas como la propia enfermedad o de una persona significativa, así como las que el entorno mismo proporciona, son elementos que son un importante aprendizaje en las habilidades necesarias para el cuidado de la salud tanto física como mental.
4. Percepciones individuales, como el concepto de salud y control del mismo nivel de conocimiento de uno mismo y autoestima, la capacidad de percepción del cuidado de uno mismo que aumentan la motivación para aprender habilidades que incrementen el autocuidado.

Por lo tanto, una persona que sabe cuidarse posee una serie de características que la distinguen:

- a. Conocimiento de las propias necesidades, limitaciones, carencias y habilidades.
- b. Autoconcepto positivo y elevada autoestima.
- c. Filosofía de vida optimista, con fuentes variadas de intereses.
- d. Capacidad de adaptación con dominio de múltiples alternativas de respuesta para afrontar situaciones de estrés.
- e. Respeto hacia los demás y aceptación de las diferencias individuales. (Novel, 1991).

5. LA FAMILIA

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos de una forma u otra. (Novel, 1991).

Según Minuchin Minuchin, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998. “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. Por su lado Zurro en Novel 1991 “Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un numero variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar”. Mientras que Mendalie 1987 en Osorio, Álvarez, (2004). “Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas”.

Estructura familiar

Osorio y Álvarez (2004), refieren que la familia es el núcleo social constituido por personas que tienen vínculos entre sus miembros. Como institución debe permitir su desarrollo individual y colectivo de ellos dentro de esa unidad. En ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes. La familia debe de administrar los cuidados y el apoyo de sus miembros, ofreciéndoles un ambiente óptimo para que ellos puedan desarrollar la personalidad de manera individual, así como los roles asignado dentro de este núcleo o los papeles esperados socialmente.

Funciones de la familia

Medalie en Osorio y Álvarez (2004), refiere que la familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delinarse en la interacción de los participantes de una familia. Entre las funciones que se deben llevar a cabo en una familia, está el desarrollo de los roles de los miembros, la comunicación, y las transacciones múltiples. Por eso las personas “perteneceemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.). La familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”, más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortaleza y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”.

Según Merrill, en Novel 1991, las funciones que continúa desarrollando la familia son:

- La función biológica: Socialmente se considera como aceptable esta forma de procreación, a pesar de que a partir de los cambios comentados anteriormente esta función ha sufrido cambios tanto en la forma (reproducción in vitro, etc.) como en el fondo (disminución de las tasas de natalidad).
- La función afectiva: La función afectiva incluye las relaciones sexuales, las cuales son aprobadas socialmente en el marco del matrimonio. Además, incluye otros aspectos, tales como mutuo cuidado y apoyo, sensación de identificación mutua, cuidado de los hijos e identificación de los padres con aquellos y, en definitiva, sensación de seguridad frente a los <<otros>>, es decir, frente a los posibles peligros externos al grupo familiar.

- La función de socialización: La formación de la personalidad en el niño se desarrolla fundamentalmente a través de la interacción que establece el seno familiar. Con el cuidado que se le brinda van implícitas una serie de enseñanzas que orientan al niño en una determinada línea de comportamiento, en un modo específico de actuar y, en definitiva, en unas actitudes, fines y valores que son propios de la sociedad y que la familia vehicula, como transmisor que es de dichos valores. La identificación del niño con los distintos roles se produce en el marco familiar en primer lugar, como imagen – espejo del contexto social en el que vive.

El sistema familiar

Kozier 1993, define a la familia como un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. La idea central de esta hipótesis es que cada uno de los grupos-naturales-con-historia, de los cuales la familia es fundamental (pero que podría ser también un equipo de trabajo, una comunidad espontánea, un grupo empresarial, etc), se forman un cierto lapso de tiempo mediante una serie de ensayos, intercambios y feedback correctivas, experimentando así lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que sostiene por medio de reglas que le son peculiares.

Para comprender la función normal de la familia, la estructura familiar, uno de los modelos por seguir, es el modelo circunflejo de la familia. Este distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias y que se describen a continuación:

- **Apoyo mutuo.** Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional. Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales. Las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia.
- **Autonomía e independencia.** Para cada persona, el sistema es lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro. Cada persona en la familia tiene roles definidos que establecen un sentido de identidad. Cada miembro tiene una personalidad que se extiende más allá de las fronteras de la familia. Cuando un niño inicia la escuela trata de establecer un rol separado con sus maestros y amigos. En efecto, las familias hacen cosas juntas y también separadas.
- **Reglas.** Las reglas y normas que gobiernan una unidad familiar y a cada uno de sus miembros pueden ser explícitas o implícitas. “Los límites de los

subsistemas deben de ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian”. Las normas incluyen los patrones de interacción, la conducta considerada como apropiada, la privacidad, la autoridad dentro del sistema familiar.

- **Adaptabilidad a los cambios de ambiente.** “La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que puede seguir funcionando”. “La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento”. “La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración”. Toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad y continuidad del sistema familiar.
- **La familia se comunica entre sí.** Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales, e implícitos. La comunicación fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente. Cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida. En los períodos de crisis se ponen en evidencia las habilidades de los integrantes de una familia, tanto de manera individual, así como colectivo del sistema.

Los mecanismos que se emplean incluyen la negociación, la evitación, y la proyección entre otros.

Los recursos pueden ser internos y externos. En algunos casos, se utiliza a un miembro de la familia como el culpable o “chivo expiatorio”, para poner en exhibición o manifestación el problema del sistema familiar. La familia está en constante cambio y, por lo tanto, aunque algunos se refieren al estado de “equilibrio y homeostasis para designar a las familias funcionales. Sin embargo, estas descripciones son solo figurativas y pueden ser engañosas. La familia, como todos los sistemas sanos, evoluciona continuamente y para ello se aleja de las líneas homeostáticas y puntos de “equilibrio” que en los casos deseables están a un nivel superior al previo. Más que balance o equilibrio hoy se habla de dinámica y evolución”.

Tipologías

Según Osorio y Álvarez (2004) la tipología familiar se compone:

- Familia extensa. Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

- Família nuclear íntegra. Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
- Família nuclear ampliada. Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.
- Família monoparental. Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
- Família reconstituida. Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

Tipos de familia según las relaciones de parentesco

- Pareja conyugal. La constituye la pareja. No incluye otros familiares.
- Familias nucleares. Un núcleo central formado por la pareja conyugal e hijos; por la madre e hijo (s); por el padre e hijo (s). Puede darse o no la presencia de otros parientes.
- Familias nucleares conyugales. Una pareja conyugal e hijos solteros. Se pueden subdividir a su vez en:
 - Nuclear-conyugal reducida: con menos de cinco miembros.
 - Nuclear-conyugal numerosa: con más de cinco miembros.
 - Familias extendida: Una pareja conyugal con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta.
 - Familias extensas: Con más de una pareja conyugal con o sin hijos y la presencia o no de parientes.

Tipos de familia según las etapas del ciclo de vida familiar

- Esta clasificación de la familia se hace tomando en cuenta a los hijos de la madre en una familia. Es de suma importancia, pues dependiendo de la edad de los hijos, se puede establecer cuáles son los abordajes que corresponden como prioritarios.
- Familias en la etapa inicial: hijo mayor entre 0 y 5 años.
- Familias en la etapa intermedia: hijo mayor entre 6 y 12 años.
- Familias en la etapa intermedia tardía: hijo mayor entre 13 y 19 años.

- Familias en la etapa final: hijo mayor tiene 20 años o más. (Osorio y Álvarez 2004).

Comunicación y familia

La comunicación como proceso interaccional sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental que tener en cuenta al valorar la dinámica de la familia. En una familia sana, la comunicación es abierta, clara y con pocas posibilidades de confusión acerca de la significación de los mensajes emitidos y recibidos, características que la distingue de una familia disfuncional.

Con respecto a las paradojas y doble vínculo – alteraciones comunicacionales-, hay aportaciones conceptuales importantes, que han sido suministradas por la teoría de la comunicación, tal como indicábamos con anterioridad.

La familia disfuncional: Estas familias presentan siempre muestras visibles de continuo e irresoluble estrés que no saben manejar. Este estrés puede expresarse de forma global o focalizado en un miembro- generalmente el más débil-, que es el que aparentemente sufre el resultado de la disfuncionalidad de la familia. (Novel, 1991).

Resultados

Pues de la diabetes que es lo que padezco, que no debo tomar refrescos, harinas, que debo hacer ejercicio, eh, no lo llevo todo a cabo, apenas tengo tres años de la diabetes y pues si, me está dando un poco de trabajo. Siempre he sido muy desordenada, siempre he sido muy...fiestera, las cubas y eso, ya, ahorita ya le bajé mucho, mucho mucho.

Ya me tomo una o dos cubitas, pero no, no las deajo, el refresco; muy rara vez, agua; pues me está dando trabajo, si tomo, pero muy poca.

¡Uy!, lloré muchísimo, yo pienso que deberían pasarlo a uno primero con un psicólogo, quien lo fuera, este, pues diciendo de poco a poco no se preparándola para la noticia me paraliza, me la dieron y salí llorando, se me bajo mi autoestima, sentí que ya, se acabó mi vida.

Apoyo mutuo Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional. Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales. Las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia. La comunicación como proceso interaccional sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental que tener en cuenta al valorar la dinámica de la familia. (Novel, 1991)

El apoyo en el adulto mayor es vital ya que una de las funciones básicas de la familia, el adulto mayor al no contar o tener poco apoyo familiar pueda tener sentimientos de desesperanza, abandono, siendo la comunicación importante para compartir sus pensamientos, sentimientos.

Pero por otra cosa, no, si me da un coma diabético, ¡me voy y ya!, Pero si es muy feo porque mi esposo, murió de eso; de un coma diabético.

Él duro veinte años con la enfermedad, como a los 65 años o a mi edad, pero él no se enfermó a veces se tomaba la medicina, pero de nada se cuidaba, decía: -»De todos modos me voy a morir». Y duro veinte años con la diabetes. Era lo que le iba a decir, imagínese usted, ya empieza a cuidar su salud, entonces puede tener una vida como cualquier otra persona.

Pues sí, pero no me gusta mucho cuidarme (risas)... porque pues toda una vida desordenada, desordenada porque con mi esposo: tomábamos, bailábamos y el refresco pues nunca se tomaba agua en la casa todo el día y noche, mariscos, de todo, grasas, de todo lo que no debe ser.

Experiencias previas como la propia enfermedad o de una persona significativa, así como las que el entorno mismo proporciona, son elementos que son un importante aprendizaje en las habilidades necesarias para el cuidado de la salud tanto física como mental. (Orem, 1991)

Conclusiones: Las experiencias previas que tuvo la paciente con su pareja pareciera que influyeron en su actual déficit de autocuidado, aún y cuando aun sabiendo y siendo consciente de la muerte de su esposo por diabetes, de igual manera la paciente refiere que su esposo no se cuidó cuando tuvo la enfermedad.

Pues de la diabetes que es lo que padezco, que no debo tomar refrescos, harinas, que debo hacer ejercicio, eh, no lo llevo todo a cabo, apenas tengo tres años de la diabetes y pues sí, me está dando un poco de trabajo. Siempre he sido muy desordenada, siempre he sido muy...fiestera, las cubas y eso, ya, ahorita ya le bajé mucho, mucho mucho.

Ya me tomo una o dos cubitas, pero no, no las dejo, el refresco; muy rara vez, agua; pues me está dando trabajo, si tomo, pero muy poca.

¡Uy!, lloré muchísimo, yo pienso que deberían pasarlo a uno primero con un psicólogo, quien lo fuera, este, pues diciendo de poco a poco no se preparándola para la noticia me paralizó, me la dieron y salí llorando, se me bajo mi autoestima, sentí que ya, se acabó mi vida.

Adaptabilidad a los cambios de ambiente “La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que puede seguir funcionando”. “La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento”. “La fortaleza

del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración”. (Novel, 1991).

La familia es la primera red de apoyo de cualquier individuo, juega un papel fundamental, proporcionando sentimientos de arraigo, seguridad, capacidad, autoestima, confianza y apoyo social. La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

Pues que yo todavía siento que me puedo valer por mí y no tengo que molestar todavía a mi hija, porque pues ya llegara el tiempo y pues se enfadan los hijos, se enfadan. Entonces por eso trato de molestar lo menos a mi hija.

Yo me vengo de mi casa, hago media hora, me vengo caminando, me voy caminando para hacer algo de ejercicio, pero sola, sola, solo cuando tengo que cargar algo si le marco porque también soy hipertensa, pero si, no no, pero esa noticia de ser diabética es muy muy difícil.

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. (Borda, 2016).

Conclusiones: Es de vital importancia medir a través de estudios la descripción y evaluación de actividades de la vida diaria en los ancianos para estimar el nivel de independencia de las personas ya que es siendo un indicador de la calidad de vida, repercutiendo en su diario vivir, físico, mental y emocional.

Pues ellos ni lo toman en cuenta, tengo dos hijos, son navales, pero ellos pues están en México, lejos siempre, siempre, ahorita están cerca, están en México, me toco suerte, están los dos ahí. Pero pues sí, cuando solo cuando estoy muy mala, como su papá, cuando ya se puso muy malo se lo llevaron a México, para que allá en el militar en la naval, lo trataran mejor, de todos modos, él quería estar aquí, aquí falleció, vinieron ellos, no tienen tiempo de andarse acordando de las enfermedades de los papás, y yo soy de las personas que no me gusta molestar.

Patrones familiares: Como formas de comunicación, formas de afrontar estrés, educación en hábitos de salud (ejercicio, dieta, sueño, filosofía de vida, concepción de la salud y de su cuidado) son aprendizajes que se dan en el seno familiar. (Novel, 1991).

El cuidado no solo abarca la relación del cuidador y cuidado, va más allá, es la relación de todas las personas que entran en contacto con el paciente y su familia, abarca la atención y comprensión de sí mismo, incluyendo sus capacidades, limitaciones y necesidades. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 1994).

Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran, usando además herramientas para valorar el funcionamiento familiar. El cuidado está ligado a las actitudes, el apoyo de quien cuida.

Tengo una hija que está aquí en Irapuato, pero tiene dos hijos y yo trato de molestarla lo menos posible, para no ser así como una carga muy pesada y al médico me voy sola, eh, hace poco me dijeron que me iban a operar de una hernia y me regañó el doctor, que dijo que ya a mi edad debería de andar siempre acompañada.

El cuidado abarca no sólo la relación entre cuidador y cuidado, sino entre todas las personas que entran y tienen contacto con el paciente y su familia. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 2014). Los miembros de la familia del adulto mayor no siempre tienen el conocimiento, la sensibilidad, el tiempo y el ánimo para atenderlo y apoyarlo en las actividades diarias, los cambios que sufre el adulto mayor dificultan la interacción con su familia debido a que existen problemas de comunicación y estos son muy sensibles y pueden aislarse. (Aguilar Hernández, Félix, Vázquez Gutiérrez, Martínez, Quevedo, 2012).

Conclusiones: La familia debe brindar apoyo, Es también importante destacar que en la medida que el anciano mantenga su autovalía y un adecuado rol social incidirá en la mantención de una buena salud física y mental. En la medida que el anciano mantenga un rol social se convierte cada vez más en un ser útil y de gran valor para sus significativos cercanos y por ende se facilita también la tarea del cuidador. La familia además de brindar apoyo físico, emocional, social y económico contribuye al bienestar y satisfacción que se traduce en calidad de vida, especialmente en la vejez.

6. CONCLUSIONES

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. la atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Las publicaciones de estudios de caso aportan conocimiento especializado que enriquecen la práctica de Enfermería usando el método científico sobre todo en pacientes geriátricos donde no se encuentran publicaciones actualizadas. Es un reto para el gremio de Enfermería fortalecer la investigación para brindar una atención holística basada en fundamentos éticos, científicos y con calidad humana. Para la atención del adulto mayor mexicano se debe cambiar el paradigma de la curación por el autocuidado e independencia, mejorando la calidad en la atención, la equidad y acceso a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borda, Miguel Germán, Ruíz de Sánchez, Carolina, Gutiérrez, Santiago, Samper-Ternent, Rafael, & Cano-Gutiérrez, Carlos. (2016). Relación entre deterioro cognoscitivo y actividades instrumentales de la vida diaria: Estudio SABE-Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(1), 27-34. Retrieved June 11, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000100005&lng=en&tlng=es.
2. Burke Mary M, Walsh Mary B. 1998. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor, Edit Elsevier Mosby, Segunda Edición, Madrid, España, pág. 602.
3. Callenti Millán, Gerontología y Geriatria. Valoración en intervención. Edit. Panamericana. España, 2011.
4. Gómez Bedoya María, (2008). El Aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de Ele: Los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio.

5. Instituto Nacional de Geriátria. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. México Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/HECHOS.pdf> Consultado el 07 del 10 del 2018
6. Instituto de la UNESCO para la Educación, 1999. Fecha de Consulta 24 de Julio de 2016.
7. Kozier Barbara, et al. (1993) enfermería fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica. Ed. Mc Graw Hill. 4ta edición. España, pp. 39-58.
8. Nicola Pietro de (1985) Geriátria, Edit. El Manual Moderno, México, D.F.
9. Novel Marti Gloria, (1991), Enfermería Psicosocial, edit. Salvat, Barcelona España, pag 5.
10. Osorio Adriana y Dr. Alejandro Álvarez Mora. - Introducción a la Salud Familiar/editado por 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004. Obtenido el día 26 de agosto de 2018.
11. Quintanilla-Martínez M, Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriátricos, 2006, Tomo II 2ª. Ed. Editorial Monsa Prayma, Barcelona.
12. 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>. Consultado el 25 de Julio de 2017
13. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (1999), Temas de Enfermería Gerontológica, Editado por la sociedad española de geriatría y gerontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Aguilar Hernández Rosa Ma., Félix Alemán Aurora, Vázquez Galindo Laura, Gutiérrez Sánchez Gustavo, Martínez Aguilar Ma. De la Luz, Quevedo Díaz Ma. Magdalena. El Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney en el Adulto Mayor. Edit. Mc Graw Hill, 2012. México.
- 2.- Arroyo Rueda, María Concepción; Ribeiro Ferreira, Manuel El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias Ciencia UANL, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 297-305 Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México. Recuperado el 12 de Junio de 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40219049011.pdf>
- 3.- Mesonero Valhondo, A., Fernández Rubio, C., González Castro, P. (2006). Familia y Envejecimiento. Disfunciones y Programas Psicoterapéuticos. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 275-288. Recuperado el 20 de Mayo de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312023.pdf>
- 3.- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 11 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es
- 4.- Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelía. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado en 11 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es&tlng=es

SOBRE OS ORGANIZADORES

Guillermo Julián González-Pérez

Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

María Guadalupe Vega-López

Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Accesibilidad a los servicios de salud 81

Adulto mayor 139, 141, 147, 148, 157, 158, 159, 160, 161

Años de esperanza de vida perdidos 95, 98, 102

Argentina 94, 106, 107, 108, 109, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 133, 136, 137, 138

Atención 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 104, 139, 146, 148, 149, 152, 159, 160, 161

Autonomia 5, 71, 78, 82, 145, 153, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

C

Calidad 4, 11, 26, 45, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 80, 84, 85, 88, 91, 106, 107, 118, 124, 126, 127, 131, 135, 138, 140, 146, 149, 150, 158, 159, 160, 161

Calidad de atención 58, 60, 61, 62, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 80

Colombia 14, 81, 82, 83, 85, 90, 91, 93, 94, 160

Contacto 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 159, 178, 179

Córnea 124, 125, 126, 127, 134, 136, 138

COVID-19 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 119, 121, 123, 174

Cuidados centrados na pessoa 162, 166

Curso de vida 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78

D

Déficit de autocuidado 139, 141, 149, 157, 160, 161

Descarte de tejidos 125, 127, 133

Desigualdades en la salud 81

Diabetes mellitus tipo 2 70, 71, 73, 79

Disasters 25, 26, 27, 28, 36, 43

Discapacidad 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 71, 124, 126

Donabedian 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 69

Donación de órganos 106, 121, 122, 123, 137

Donantes 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 127, 128, 129, 132, 133, 134, 135, 137

E

Esperanza de vida 89, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104

Ethos cultural 13, 14, 15, 18

Evaluar 6, 10, 58, 60, 61, 63, 128, 146

F

Familia 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 17, 18, 93, 108, 139, 140, 141, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 178

Flashbacks 25, 34, 35, 40

Food waste 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57

H

Humanização dos cuidados 162, 164, 171

Humor 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184

L

La relación familiar 139

M

Mass catering 45

Metodologia de Cuidado Humanidade 162, 164, 165, 168, 172, 173, 175

Microbiología 125

Migración 14, 16, 20, 22

Mortalidad 70, 71, 72, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Muerte 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 77, 95, 97, 101, 102, 108, 113, 124, 128, 133, 135, 140, 157

N

Narrativa 71

Nightmares 25, 34, 39

Nutritional assessment 45, 49, 51, 53, 56, 57

O

Orem 139, 140, 141, 149, 150, 157, 159, 160, 161

P

Percepção 6, 23, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 85, 88, 91, 144, 146, 151, 159

Pessoa idosa institucionalizada 162, 165, 166, 173, 174

Processo de aceitação 1, 4, 11

Procuração 4, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137, 138

Puerpério 176, 180, 181, 182, 183, 184

Q

Quantification 45

R

Registos 176, 180, 181, 182, 183, 185

Risk 14, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 36, 37, 46, 55, 123, 176, 177, 185

S

Salud rural 81

Serologia 125, 128, 132

Stress 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 41, 43, 178

Suicídio 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

T

Trasplante 106, 107, 108, 109, 110, 114, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 135, 136, 137, 138

Trasplante de córnea 124, 125, 126, 127, 136

U

University canteen 44, 45, 47, 57

W

Worani 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

