

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPERANZAS, TEMORES, ACCIONES Y SALUD PERCIBIDA
POR EL ADULTO MAYOR

Por

LIC. MARIA ABIGAIL HILARIO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPERANZAS, TEMORES, ACCIONES Y SALUD PERCIBIDA
POR EL ADULTO MAYOR

Por

LIC. MARIA ABIGAIL HILARIO CASTILLO

Director de Tesis

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPERANZAS, TEMORES, ACCIONES Y SALUD PERCIBIDA
POR EL ADULTO MAYOR

Por

LIC. MARIA ABIGAIL HILARIO CASTILLO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

ESPERANZAS, TEMORES, ACCIONES Y SALUD PERCIBIDA
POR EL ADULTO MAYOR

Aprobación de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González PhD
Director de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González PhD
Presidente

ME. Julia Teresa López España
Secretario

Dra. Yolanda Flores Peña
Vocal

MSP. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgamiento de la beca de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la UANL.

A la MSP. Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por darme la oportunidad y confianza para seguir superándome como profesional.

A Bertha Cecilia Salazar González, PhD, por tener la paciencia y dedicación en cada una de las asesorías para que este proyecto culminara satisfactoriamente y por cada una de las enseñanzas diarias.

Al personal directivo y administrativo de la Escuela de Enfermería del IMSS por confiar en mí y darme la oportunidad de alcanzar una meta más en mi vida profesional. En especial a la Ex Directora la Lic. María Gutiérrez, López por considerarme como candidato para la maestría. A la Directora MCE. Esther Soto Briones, Directora de la Escuela de Enfermería del IMSS, por estar al pendiente tanto de mi desarrollo, dificultades así como consejos para culminar la maestría.

A los maestros del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que fueron parte de mi formación profesional, por sus consejos y enseñanzas durante estos dos años.

A mi amiga Paty por brindarme su amistad, compañía, apoyo incondicional, por compartir esos momentos de felicidad y tristeza, mil gracias Bunbu.

A Lily González por sus palabras de aliento y de apoyo.

A mis amigas Mirtha y Liz por brindarme su compañía, tiempo y apoyo en la recolección de los datos. Por darme animo para conseguir este sueño, muchas gracias.

A Karina, Magda y Javier por compartir su amistad durante estos años,
gracias.

A mis amigos Ary, Pit, Paola y José por estar conmigo siempre, alentarme a
seguir adelante, por brindarme su amistad y cariño. Los quiero.

A cada una de las personas que hicieron posible que esta meta se lograra,
muchas gracias.

Dedicatorias

Ha sido el omnipotente, quien ha permitido que la sabiduría dirija y guíe mis pasos. Ha sido el todopoderoso, quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado. Ha sido el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede sentir, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, a mis padres, Gilberto e Ysela, quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino. Además de darme su amor y comprensión, nunca tendré con que pagárselos, los AMO.

A mis abuelos Pancha †, Poncho †, Lupe † que desde el cielo me cuidan y guían. Por la confianza, por creer en mí e impulsarme y no dejar que cayera en este sueño, gracias a ti abuelita Meche † .

A mis hermanos Erika, Emmanuel y José por su tiempo, cariño, comprensión por soportar mis desplantes y entender que a veces es difícil compartir el tiempo. ¡Los quiero!

A mi tía Lupe por sus consejos y alentarme a seguir adelante. ¡Mil gracias, te quiero!

A Ricardo, que en los momentos más difíciles ha estado conmigo y no solo en ellos, que siempre confió en mí, me impulso a lograr esta meta y por darme su amor. ¡I love Puchis!

Tabla de Contenido

	Contenido	Página
Capítulo I		
	Introducción	1
	Propósito	3
	Marco Conceptual	3
	Estudios Relacionados	5
	Definición de Términos	9
	Hipótesis	9
Capítulo II		
Metodología		10
	Diseño del Estudio	10
	Población, Muestreo y Muestra	10
	Criterios de Inclusión	11
	Mediciones	11
	Procedimiento de Selección de los Participantes	14
	Procedimiento de Recolección de la Información	14
	Consideraciones Éticas	15
	Análisis de los Resultados	16
Capítulo III		
Resultados		18
	Confiabilidad del Instrumento y Características de los Participantes	18
	Prueba de Hipótesis	21
	Variables de Interés por Sexo	23

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	25
Conclusiones	27
Recomendaciones	27
Referencias	27
Apéndices	31
A Mini Mental de Folstein (1975)	32
B Cédula de Datos Identificación	34
C Cuestionario del Estado de Salud SF- 12	35
D Preguntas Semiestructuradas de Esperanzas, Temores y Acciones	39
E Consentimiento Informado	40
F Autorización de Secretaría de Salud	41

Lista de Tablas

	Tabla	Página
1	Datos descriptivos de variables de estudio y Prueba de Kolmogorov Smirnov	19
2	Distribución de las frecuencias de las esperanzas y acciones en salud	20
3	Distribución de las frecuencias de los temores y acciones en salud	21
4	Matriz de correlación	23
5	Prueba U de Mann-Whitney de variables por sexo	24
6	Prueba t de Student para índice de salud por sexo	24

Capítulo I

Introducción

Actualmente en México se observa que la pirámide poblacional tiende a ensanchar su cúspide por el incremento de la población de adultos mayores. Lo anterior se debe a varios factores tales como el adelanto médico tecnológico, el descenso de la natalidad, emigración de población joven hacia los Estados Unidos de Norte América y la disminución de la mortalidad. Se estima que este grupo poblacional aumentará de 4.8 millones a 17 millones entre los años 2000 y 2030, cifra que casi se duplicará con 32.5 millones para el año 2050 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2002).

El país ocupa el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado, lo que significa que necesita enfrentar las consecuencias del envejecimiento (Rico et al., 2004), como problemas de salud complejos que a su vez pueden originar gastos tanto para las familias como para el gobierno. Nuevo León se caracteriza por tener una esperanza de vida superior a la media nacional de 76 años (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2002).

Durante la práctica profesional de la autora del estudio es frecuente escuchar a los adultos mayores externar sus preocupaciones por conservar su salud, valerse por ellos mismos y no depender de otras personas para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En ese sentido Cross y Markus (1991) y Hooker (1992), reportaron que los adultos mayores indican que la salud es muy importante para ellos. Lo anterior representa la esperanza de conservar su salud para la que consideran como elemento crítico su independencia física; paradójicamente estas esperanzas reflejan el temor de perderlas.

Las esperanzas y temores como estructuras de pensamiento dan lugar a la formación de auto esquemas o posibilidades del ser en el futuro. De acuerdo con

Markus (1977), las esperanzas o imágenes de temor acerca del yo funcionan como incentivos para la acción. Cada persona trata de explicar su propia conducta en una determinada área o dominio de la vida dando lugar a la formación de estructuras cognoscitivas denominadas auto esquemas. Las esperanzas y temores como concepciones del futuro se denominan también como ‘posibles yo’.

Las esperanzas en los adultos mayores adquieren importancia dado que se ha evidenciado que los adultos mayores con mayor número de esperanzas viven más años que aquellos con pocas o ninguna esperanza (Smith & Freund, 2002). Como ya se mencionó teóricamente funcionan como incentivos para la acción, por lo que explorar las esperanzas y temores de los adultos mayores sin preguntar las acciones que pueden emprender para lograr sus esperanzas y evitar que lo temores se conviertan en realidad quedaría incompleto.

En Enfermería, estos conceptos están dentro de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA siglas en inglés) en la taxonomía II con etiquetas de: desesperanza y temor (Gordon et al. 2001). Dentro de la Clasificación de Resultados de Enfermería aparece la categoría de esperanza con indicadores de expresión: a) de una orientación futura, b) de confianza, c) de ganas de vivir, d) de razones para vivir, e) de significado de la vida, f) de optimismo, g) de creencia en sí mismo, h) de creencia en los demás, i) de paz interior; demostración de entusiasmo por la vida y establecimiento de objetivos (Moorhead, Johnson & Maas, 2005). Por lo tanto, ambos son conceptos de interés para la enfermería.

En México, no se encontraron estudios acerca de las esperanzas y temores de los adultos mayores. Con frecuencia las expresiones de los adultos mayores reflejan la creencia de que ellos no pueden hacer nada por evitar males o protegerse de catástrofes, refiriendo que será ‘la voluntad de Dios’. Se desconoce si los adultos mayores mexicanos poseen esperanzas de salud pero sobre todo si, consideran que

pueden hacer algo por su salud.

Por lo que, es de gran importancia conocer las esperanzas y temores del adulto mayor en cuanto a su salud, dado que el explorar los deseos o esperanzas y los temores experimentados por los adultos mayores posee el potencial de que enfermería reflexione con el adulto mayor, acerca de lo que le puede resultar importante respecto a su salud. Para las personas que no posean esperanzas, este concepto ofrece la posibilidad de trabajar con el adulto mayor en la creación de ellas, ya que de acuerdo a los teóricos son modificables (Cross & Markus, 1991; Markus & Herzog, 1991). Más importante aún, se le puede ayudar anticipando con él las posibles acciones que puede emprender o continuar realizando para que las esperanzas se hagan realidad y por el contrario los temores no se presenten. De esta manera enfermería contribuiría en la promoción, el fomento del auto cuidado y mantenimiento de la salud del adulto mayor que ahora vive más años.

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue conocer la relación entre las esperanzas, temores y acciones expresados por los adultos mayores y su salud percibida. La conceptualización de los ‘posibles yo’ derivada por Cross y Markus (1991) y Markus y Nurius (1986) fue adecuada para guiar este estudio descriptivo.

Marco Conceptual

En este apartado se ofrece una breve descripción del concepto de auto esquema, enseguida el auto esquema orientado al futuro denominado ‘posibles yo’ así como esperanzas y temores por representar los posibles yo en forma más concreta. Dado que los posibles yo son referidos como incentivos para la acción, se hará una breve mención de acciones y finalmente se presentará el concepto de salud percibida.

Los auto esquemas son conceptos relacionados al comportamiento, porque forman parte de los patrones del pensamiento o estructuras de conocimiento desarrollados para entender, integrar o explicar el comportamiento en una conducta

particular. Los auto esquemas se derivan de experiencias del pasado, organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con el yo y contenida en las experiencias sociales de la persona (Markus, 1977). Como ya se señaló los posibles yo constituyen los auto esquemas futuros.

Los ‘posibles yo’, es decir tanto lo que se desea como lo que se teme son imágenes personalizadas, concepciones o perspectivas del yo hacia el futuro. Por lo tanto, son representaciones específicas (imaginarias, semánticas, ejercicio de un rol) de uno mismo en estados y circunstancias deseables y no deseables (Cross & Markus, 1991).

A su vez, las esperanzas y temores constituyen instancias de los posibles yo. Las personas pueden modificar las esperanzas y temores como respuestas a sus circunstancias con el fin de mantener su bienestar (Cross & Markus, 1991; Markus & Herzog, 1991). Las esperanzas y los temores como representaciones mentales poseen dos funciones específicas: primero, son motivadores porque funcionan como incentivos de la conducta futura y segundo, proporcionan una evaluación y contexto interpretativo para la perspectiva actual del yo y defensa del nuevo yo (Cross & Markus). Esto implica que los adultos mayores pueden emprender acciones a fin de conseguir sus deseos o metas.

Los ‘posibles yo’ se utilizan para conocer lo que las personas pueden llegar a ser, lo que les gustaría ser; a su vez sirven de recursos psicológicos para motivarse y defenderse. Por ello, los investigadores reconocen que es fundamental escuchar lo que la persona considera importante tanto de su pasado como del presente, lo que desea hacer en el futuro; lo que anticipa que sucederá, las estrategias que elija y los significados que confiera al tiempo, a la vida y a la muerte (Whitbourne, 1985), para poder ayudarlos mejor.

El repertorio de los ‘posibles yo’ constituye el auto concepto individual de lo que es posible lograr. Los ‘posibles yo’ o esperanzas pueden formar un estado

positivo de optimismo que permite a la persona visualizar y fijar metas a acciones futuras aun cuando su resultado sea incierto (Morse & Penrod, 1999). Los autoconceptos negativos o temores son ideas anticipadas acerca de lo que pueda ocurrir en forma contraria a lo que desea (Real Academia Española, 1984). Por lo tanto, las esperanzas y temores actuales proporcionan información sobre las principales metas que son de importancia para cada una de las etapas de desarrollo del ser humano (Hooker, 1992).

La salud constituye un constructo complejo y difícil de definir y por lo tanto de medir. Los diferentes profesionales de la salud pueden realizar aproximaciones diagnósticas un tanto objetivas. Sin embargo para fines de este estudio se considera importante lo que el participante piensa acerca de su estado de salud. En ese sentido, la salud definida por la Organización Mundial de Salud (OMS) es el completo estado de bienestar físico, mental y social percibido y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez (OMS, 1976).

Estudios Relacionados

Se describe primero los estudios de esperanzas y temores y posteriormente, se describen dos estudios sobre la auto definición del adulto mayor. Tres de los estudios incluyeron la salud percibida.

Smith y Freund (2002), exploraron los ‘posibles yo’ en un estudio de seguimiento de cuatro años con 206 adultos mayores. Realizaron preguntas abiertas pidiendo a los participantes que expresaran dos de sus esperanzas y dos de sus temores, también aplicaron instrumentos cerrados para valorar otras variables entre las que se encontraba la salud. La edad de los participantes osciló entre 70 y más de 100 años, los cuales fueron divididos en dos grupos; uno de 70 á 79 años ($n = 119$) y el otro de 80 a más años ($n = 87$). Todos los participantes reportaron al menos una esperanza. Los adultos mayores de 70 á 79 años mencionaron más esperanzas que los

adultos de 80 años y más años ($p < .05$). El número de esperanzas disminuyó de 2.24 al inicio, a 1.83 al seguimiento ($p < .001$). La esperanza más mencionada correspondió a la salud, al inicio con 27% y al seguimiento con 32%. Los temores más señalados también fueron sobre salud con 57% de menciones al inicio y 54% al seguimiento. Entre más temores expresaban acerca de la salud, la percepción de salud declinaba ($r = -0.17$, $p < .01$) y aumentaba el número de enfermedades ($r = 0.22$, $p < .01$), al seguimiento. Los adultos de 70 á 79 años en ambos tiempos expresaron más esperanzas en comparación con los adultos de 80 y más años. Los autores concluyeron que los ‘posibles yo’ se asocian con los cambios que se van presentando a lo largo de la vida y que por lo tanto los ‘posibles yo’, constituyen una parte dinámica de la vida de los adultos mayores.

Cross y Markus (1991) examinaron las esperanzas y temores como reflejo de los ‘posibles yo’ para determinar cómo cambiaban a lo largo de la vida en un grupo de 183 personas de 18 á 86 años de edad. Los participantes enlistaron las esperanzas y los temores que consideraran más importantes y se les pidió que listaran todo lo que habían realizado para que las esperanzas se hicieran realidad y evitar los temores. Los dividieron en cuatro grupos de edad: 18 á 24 años ($n = 69$), 25 á 39 años ($n = 43$), 40 á 59 años ($n = 30$) y 60 o más años ($n = 31$). El grupo de adultos mayores obtuvo medias más bajas tanto en las esperanzas como en los temores. La edad se asoció con el número de esperanzas y temores ($r = -0.22$, $p < .0004$; $r = -0.35$, $p < .0001$), respectivamente. En el grupo de mayor edad, las esperanzas más señaladas fueron, ‘mantenerse activo en forma independiente’, ‘ser útil’ y los temores fueron, ‘tener mala salud’, ‘estar en un asilo’, ‘no controlar su vida (independencia)’, ‘tener Alzheimer’, ‘tener mucho dolor’ y ‘morir en un asilo’. Se les pidió además, que listaran todo lo que habían realizado para que las esperanzas se hicieran realidad y evitar los temores. Los participantes de 60 ó más años se juzgaron capaces de prevenir los temores e indicaron que habían sido más activos con respecto

a sus 'posibles yo', pero señalaron menos confianza en lograrlos.

Hooker (1992), realizó dos estudios en los cuales evaluó y comparó los aspectos motivadores del yo midiendo esperanzas y temores además, anticipó que la salud sería muy importante entre los adultos mayores en un grupo de 228 sujetos. Primero, estudió a los adultos mayores de 55 á 89 años ($n = 114$) y posteriormente a los estudiantes universitarios de 17 á 23 años ($n = 114$) de la clase de psicología. En ambos estudios, primero les explicaba el concepto de 'posibles yo' con ejemplos de esperanzas y temores. Enseguida, les solicitaba que pensarán en sus esperanzas y les daba 15 minutos para que respondieran posteriormente, les preguntaba sobre su autoeficacia para lograr que la esperanza se hiciera realidad y que tan importante era para ellos dichas esperanzas. Enseguida, hacia las mismas preguntas para los temores. Aplicó también instrumentos para valorar la salud percibida y el valor de salud. Para los adultos mayores la media de esperanzas fue de 3.8 (*rango* 0-11) y para los temores fue de 2.4 (*rango de* 0-8), el 86% de la muestra describió por lo menos una esperanza o temor relacionado con la salud. Para medir si aquellos que reportaron tener un 'posible yo' en el área de la salud tenían más altos niveles de salud, formaron tres grupos de ambos estudios. El grupo uno eran los individuos que tenían más de una esperanza o temor en el área de la salud, el grupo 2 eran las personas que mencionaron un 'posible yo' relacionado con la salud pero no lo consideraban muy importante y el grupo 3 los individuos que no mencionaron ningún 'posible yo'. El valor de salud fue significativamente mayor en los adultos que en los estudiantes ($p < .001$). El número de temores fue significativamente menor en los adultos mayores en comparación con los estudiantes ($p < .0001$). Una mayor proporción de adultos mayores consideraron al menos una esperanza o temor como importante.

Yarcheski, Mahon, Thomas, Yarcheski y Canella, (2004) realizaron un metanálisis en el cual determinaron la magnitud de las relaciones entre los predictores de prácticas de salud positivas entre las que se incluían las esperanzas y la salud

percibida. Los autores localizaron un estudio en el que destaca que las esperanzas mostraron una relación con un tamaño de efecto moderado sobre la salud de ($r = .28$ á $.29$). La relación entre el estado de salud percibida y las prácticas de salud positivas se examinó en ocho estudios y reportaron un rango de ($r = .36$ á $.37$). Por lo tanto, los investigadores concluyen que las esperanzas ayudan a los profesionales de salud a diseñar las intervenciones para promover prácticas de salud positivas.

Ryff (1991), estudió cómo conciben los adultos jóvenes y los adultos mayores su progreso personal o lo rechazan durante el transcurso de la vida, a través de seis dimensiones entre las que se encontraba los propósitos en la vida (esperanzas). La muestra de 308 participantes fue dividida en tres grupos de edad: adultos jóvenes ($n = 123$), los adultos de mediana edad ($n = 95$) y los adultos mayores ($n = 90$). A todos se les aplicó un inventario, para evaluar las dimensiones del bienestar psicológico, se les solicitó también que respondieran, lo que les gustaría ser, su yo ideal.

En cuanto a la autonomía el grupo de adultos mayores informó expectativas en el mantenimiento de la misma, tanto en el presente como a futuro. En relación a los propósitos en la vida, las mujeres mayores mostraron que sus evaluaciones del pasado eran idénticas con las del presente, en cambio los hombres informaron evaluaciones del pasado más altas en comparación con las del presente es decir, los hombres mayores percibieron un declive en su propósito de vida $F(6,867) = 3.14$, $p < .01$.

En resumen, los estudios indican que las esperanzas y temores del adulto mayor se relacionan con su salud. Las esperanzas más mencionadas son: mantenerse activo de manera independiente, ser útil pero, al mismo tiempo pueden convertirse en temores cuando dependen de alguna persona y por consiguiente pierden su autonomía. Los adultos mayores que tenían más esperanzas percibían mejor salud en cambio los que tenían más temores percibieron un declive en su salud. Tanto las

esperanzas como los temores tienen un efecto moderado en la salud. Las esperanzas ayudan a los profesionales de salud a diseñar las intervenciones para promover prácticas de salud positivas.

Definición de Términos

Las esperanzas son los deseos del adulto mayor a corto o mediano plazo que reflejan como le gustaría verse, desempeñarse o lograr alcanzar alguna meta.

Los temores son ideas anticipadas del adulto mayor acerca de efectos adversos que le pueden suceder de forma contraria a su deseo.

Las acciones se refieren a lo que el adulto mayor considera que puede llevar a cabo para el logro de sus esperanzas y para evitar que los temores se hagan realidad.

La salud percibida es el bienestar físico, mental y social del adulto mayor.

Hipótesis

H¹ A mayor número de esperanzas y temores en salud mejor salud percibida.

H² A mayor número de acciones sobre esperanzas y temores en salud mejor salud percibida.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo, se describe el diseño de investigación del estudio, la población, técnica de muestreo y tamaño de muestra que fue estudiado así como los criterios de inclusión. Se incluye además, la descripción de los instrumentos utilizados, el procedimiento para la obtención de información, consideraciones éticas, estrategias que se aplicaron en el desarrollo del análisis de los resultados.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, se considera descriptivo porque tiene como objetivo observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de forma natural. Es correlacional porque describe la relación entre las variables de interés (Polit & Hungler, 1999). En este estudio se describen las características de los participantes, las esperanzas, temores, acciones y la salud percibida del adulto mayor, además se exploró si existe relación entre ellas.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio se conformó por adultos de 60 a más años de edad, residentes de dos municipios del área metropolitana de Monterrey. El muestreo fue probabilístico estratificado por género. El tamaño de la muestra calculado fue de 124 participantes con los siguientes criterios, nivel de significancia de .05, potencia de 80 y tamaño de efecto pequeño ($r = .25$), a través del paquete nQuery Advisor 2.0 (Elashoff, 1997). Sin embargo, por razones de tiempo se alcanzaron solamente 80 participantes, se estimó de nuevo y se obtuvieron los siguientes valores: un nivel de significancia de .05, potencia de 78, con un tamaño de efecto de ($r = .27$) para una prueba unidireccional.

Criterios de Inclusión

1.- Con capacidad de escuchar la voz del entrevistador y de articular verbalmente en forma entendible por el entrevistador.

2.- El resultado del Minimental reflejo un estado mental apto (personas analfabetas 17 puntos y para personas con escolaridad de 1 á 4 años el punto de corte es 20 puntos).

Mediciones

Se aplicó un cuestionario de escrutinio, una cédula de identificación, un cuestionario de salud y preguntas semiestructuradas para recoger la información sobre esperanzas, temores y acciones.

El Minimental de Folstein (1975) examina el estado mental, contiene 11 preguntas o tareas a realizar y comprende las siguientes áreas: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. Las escalas de respuesta varían de la siguiente forma: preguntas 1 y 2 están subdividas en 5 subpreguntas que pueden obtener puntajes que van desde 0 = no sabe a 1 = si sabe, obteniendo un resultado de 5 puntos en cada pregunta; las tareas 3 y 5 tienen una calificación de 0 á 3, que van de 0 = cuando el participante no mencionó ningún objeto a 3 = mencionó los tres objetos; la pregunta cuatro tiene una calificación de 0 á 5 puntos, donde 0 = no pudo realizar ninguna operación matemática a 5 = realizó las cinco restas; las preguntas 6, 8 y 9 tienen una calificación de 0 a 2 puntos, donde 0 = no realizó ninguna tarea y 2 = realizó todas las tareas, 7, 10 y 11 tienen una calificación de 0 á 1, 0= no realizó la actividad y 1= realizó la actividad. El Mini Mental de Folstein (1975) tiene un puntaje total de 30 puntos, a mayor puntaje mejor estado mental de la persona. Un puntaje mayor a 24 se considera desempeño cognitivo normal, menor a 24 pero mayor a 19 se considera estado mental inadecuado y menor o igual a 19 se considera estado mental pobre. Si hay que anular algún

reactivo (a causa de analfabetismo, ceguera o hemiplejia) se puede recalcular proporcionalmente (Apéndice A). Este cuestionario ha sido usado con población mexicana de diferentes edades desde 16 hasta 85 años. Para los mayores de 60 años la sensibilidad fue 80% y la especificidad 77.5, el punto de corte de 23 recomendado para población mexicana. Para los analfabetas recomiendan el punto de corte de 17 puntos y para aquellos que tienen de 1 a 4 años de escolaridad de 20 puntos (Ostrosky-Solís, López-Arango & Ardila, 1999). En este estudio los resultados oscilaron entre los 18- 29 puntos, con un promedio de 24 puntos.

La cédula de datos de identificación contiene: domicilio, edad, sexo, estado civil y escolaridad. Se preguntó también si presenta alguna enfermedad así como el tiempo que tiene de padecerla y se registró en esa cédula (Apéndice B).

El Cuestionario de Salud SF-12 desarrollado por Ware, Kosinski y Keller (1996) es la versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 el cual fue diseñado por el Health Intitute, New England Medical Center, De Boston Massachussets y elaborado por Stewart, Hays y Ware (1988) del cual existen diversas versiones ya que ha sido traducido y utilizado en diversos países. Para reducirlo, se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple con el fin de seleccionar aquellos reactivos que mejor reprodujeran las dos medidas sumario del SF-36. Los 12 reactivos explicaron más del 90% de la varianza (Ware, Kosinski & Keller, 1996) (Apéndice C). Con este método se obtuvieron dos reactivos de cada una de las siguientes áreas: función física (PF siglas en inglés), rol físico (RP siglas en inglés), rol emocional (RE siglas en inglés), salud mental (MH siglas en inglés), y un reactivo de cada una de las siguientes áreas: dolor corporal (BP siglas en inglés), vitalidad (VT siglas en inglés), función social (SF siglas en inglés) y salud general (GH siglas en inglés) con el objetivo de que todas las escalas del SF-36 estuvieran bien representadas en la versión reducida (Apéndice C).

Las escalas de respuesta varían de la siguiente forma: el reactivo 1 puede

obtener un puntaje 1 á 5, que va desde 1 = excelente á 5 = mala salud; los reactivos 2 y 3 tienen una calificación de 1 á 3 puntos, que van de 1 significa si me limita mucho a 3 no me limita nada; los reactivos 4-7 tienen respuestas dicotómicas 1= si y 2 = no; el reactivo 8 tiene calificación de 1 á 5 que va desde 1 = nada á 5 = demasiado; los reactivos 9-11 tienen valor de 1 á 6 puntos que van desde 1 = significa siempre a 6 = nunca; para el último reactivo 12 sus opciones de respuesta son 5, donde 1 es siempre y 5 es nunca.

Para calcular las puntuaciones del cuestionario SF-12 el procedimiento sigue varios pasos. Primero, se hace la recodificación de los reactivos negativos de SF-12 mismos que deben ser puntuados a la inversa a fin de que reflejen el mismo sentido. Los cuatro reactivos que son puntuados inversamente son los número 1, 8-10 (Apéndice D). Segundo, los puntajes se transforman a una escala de 0 á 100, en la que 0 indica peor salud y 100 mejor salud (Ware, Kosinski & Keller (1995).

Para conocer las esperanzas, temores y las acciones se usaron las preguntas semiestructuradas elaboradas por Markus (1977). Estas preguntas han sido utilizadas en alemanes por Hooker (1991) y reporta confiabilidad entre evaluadores del 91% y un Coeficiente de Kappa = .74. Las preguntas consistían en conocer cuales eran las esperanzas y temores en esta etapa de su vida, además se les preguntaba;

- qué tan capaz se siente usted de poder lograrlo o evitarlo,
- qué tan probable es de que su esperanza o temor se vuelva realidad
- cuánto tiempo del día piensa en dicha esperanza o temor y
- qué tan importante es para la persona.

Las respuestas fueron grabadas en una grabadora pequeña de cinta de audio cassette (Apéndice D) previa autorización del participante y fueron transcritas palabra por palabra y comparadas con la cinta de audio con el fin de verificar su fidelidad. Cada entrevista duró entre 30 y 60 minutos. Para el análisis de dichas entrevistas se uso la técnica de análisis de contenido, el cual consiste en la descripción objetiva,

sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las entrevistas que tienen como objeto interpretar, lo que a su vez permite la descripción de fenómenos sociales (Grawitz,1984). Se agruparon todos los términos semejantes y luego se establecieron temas. Dichos temas fueron revisados de nuevo a fin de que representaran bien las esperanzas, temores y acciones de los adultos mayores.

Procedimiento de Selección de Participantes

Se solicitó la autorización para la realización del estudio a los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, a las autoridades de los Centros de Salud de los municipios de Guadalupe y San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Primero se realizó un censo de los adultos mayores por manzana, vivienda y sexo. Una vez que se conoció el número de adultos mayores por sexo por Área Geográficas Básica (AGEB) seleccionada, se determinó la proporción de participantes tanto por genero como por AGEB. Mediante una tabla de número aleatorios generados en el paquete Excel se hizo la selección aleatoria de los participantes potenciales.

Cuando se localizaba el número aleatorio del participante, en la manzana correspondiente se iniciaba un recorrido siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, empezando por la esquina noreste hasta localizar al participante.

Procedimiento de Recolección de la Información

Una vez localizado al participante potencial se efectuaron visitas domiciliarias para invitarlos a participar en el estudio, se les explicó el objetivo del estudio así como los procedimientos a realizar. Después de que el participante acepto colaborar, se le pidió que firmara el consentimiento informado (Apéndice E). Se solicitó permiso para acceder a algún sitio de la casa donde el participante se encontró cómodamente sentado y el investigador principal le mostró las tarjetas guía para las

diferentes opciones de respuesta.

Se le aplicó el Minimental de Folstein (1975), seguido de la cédula de datos de identificación, posteriormente el Cuestionario de Salud SF- 12, para finalizar se le realizaron las preguntas semiestructuradas sobre esperanzas, temores y acciones. Para ello se grabó la voz del participante, las respuestas fueron transcritas literalmente para realizar un análisis de contenido para la identificación de temas. Al terminar el llenado de las mediciones, la autora les dio las gracias y resguardará la información durante el proceso, captura y análisis de datos, los cuestionarios y las entrevistas serán destruidos después de cuatro meses de concluir el estudio.

En los casos que no se localizó al participante en la primera visita, se acudió por segunda ocasión y en el caso de que no se encontrase se continuó con los siguientes participantes seleccionados. De las personas seleccionadas para este estudio, ocho personas del sexo masculino se rehusaron a ser entrevistadas ya que mencionaban que no estaban interesadas en participar, que tenían servicios de salud como el IMSS en el cual acudían mensualmente. Solo un participante del sexo masculino seleccionado se encontró en estado inconveniente para participar. No se repusieron los participantes.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 1987).

Respecto al Artículo 14, fracción I, V, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito de todos los participantes de la investigación, el estudio obtuvo el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se solicitó además la autorización del coordinador del centro de salud donde se realizó el estudio.

De acuerdo al Artículo 16 se protegió la privacidad del participante, los instrumentos de papel y lápiz no contuvieron el nombre del participante. Sin embargo, se anotó una clave que lo pueda identificar con los datos grabados durante la entrevista para introducirlos a la base de datos y cuando se presentó la necesidad de hacer alguna aclaración. Los instrumentos y las grabaciones fueron resguardados bajo llave por el investigador principal y se destruirán una vez que se hayan cotejado bien con la base de datos (máximo de cuatro meses).

En cuanto al Artículo 17, fracción II se consideró una investigación de riesgo mínimo, cuando se presentó evocaciones de llanto se apagó la grabación, se esperó en silencio, y cuando el investigador principal juzgó prudente le preguntó si deseaba interrumpir la entrevista o continuar.

Se respetó el Artículo 20 mediante la participación voluntaria de cada participante. De acuerdo al artículo 21 fracción I, VI, VII, VIII, a los participantes se les explicó el objetivo y justificación de la investigación, garantizando dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca del procedimiento, contaron con la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieron, se le aseguró que no fueron identificados como participantes manteniendo su confidencialidad.

Con base a la fracción II de la investigación en comunidades, Artículo 29 se contó con la autorización de los centros de salud correspondientes donde se realizó el estudio.

Análisis de los Resultados

Para la captura e interpretación de los resultados de este estudio, se utilizó la estadística descriptiva para describir las características de los participantes y de las mediciones. Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS versión 10.0 (siglas en inglés del Stastical Package for the Social Sciences, 2000).

Para los datos obtenidos después de la entrevista sobre las esperanzas, los

temores y las acciones después de ser transcritas se compararon con el fin de agrupar las respuestas por similitud de datos para clasificar la información en temas. Se contaron el número de menciones de cada categoría a fin de generar frecuencias y porcentajes. Para fines de este análisis solamente se consideraron las respuestas relacionadas con la salud. Posteriormente, se analizó la relación de salud percibida, esperanzas, temores y acciones con el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

El presente capítulo describe la confiabilidad del instrumento, enseguida las características de los participantes y de las variables de interés mediante la estadística descriptiva incluyendo el análisis inferencial de la prueba de Kolmogorov Smirnov. Posteriormente, se presenta una matriz de correlación bivariada.

Confiabilidad del Instrumento y Características de los participantes

El Alfa de Cronbach del Cuestionario de Salud SF-12 mostró consistencia interna aceptable de .88 (Burns & Grove, 1997). Como ya se mencionó la muestra se conformó por 80 adultos mayores de 60 años. En la tabla 1 muestra los resultados de la prueba de Kolmogorov- Smirnov y las medidas de tendencia central de las variables de estudio.

El índice de salud obtuvo distribución normal, sin embargo las esperanzas, temores, acciones para lograr las esperanzas y evitar los temores en salud no, por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas como la r_s de Spearman y la U de Mann-Whitney.

Tabla 1

Datos descriptivos de variables de estudio y Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variable	$\bar{\chi}$	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Edad	70.59	69	6.82	60	87	.934	.347
Escolaridad	4.66	4	3.81	0	19	1.679	.007
Minimental	24.69	25	2.65	18	29	1.27	.079
Índice de Salud SF-12	61.33	62.85	21.78	11.43	98.29	.679	.745
Núm. de esperanzas	1.93	2.00	.897	0	4	2.162	.000
Núm. de temores	1.35	1.00	.915	0	3	2.003	.001
Acc. salud esperanzas	1.91	2.00	1.285	0	5	1.778	.004
Acc. salud temores	1.19	1.00	1.388	0	5	2.159	.000

Fuente: CI

n = 80

Otras características sociodemográficas de los participantes fueron los siguientes: el 57.5% (46) correspondió el sexo femenino y 42.5% (34) al sexo masculino. El 63.8% señaló estar casado y el restante viudo o soltero.

El 96.3% (77) de los participantes señaló tener al menos una esperanza en salud, el 87.6% (70) al menos una acción para el logro de la esperanza en salud, el 81.4% (65) al menos un temor de salud y el 56.4% (45) una acción para evitar los temores en salud.

En la tabla 2 se presentan las esperanzas así como las acciones para el logro de las esperanzas en salud y sus frecuencias. Las esperanzas en salud más mencionadas por los participantes fueron: tener más salud, sentirse mejor y recuperar su salud con 40.42%, seguida por sentirse igual como hasta ahora y estar bien con 19.85% y las menos mencionadas fueron la de estar más delgada y sin depresión con

0.70%. A su vez, se muestra que las acciones más realizadas para el logro de las esperanzas en salud son: caminar, hacer ejercicio, estar más activo con 23.22%, cuidarse, cuidarse de caídas, seguir las indicaciones del médico, no desvelarse con 18.06% y la menos realizada fue la de bordar y tejer con 1.93%.

Tabla 2

Distribución de frecuencias de las esperanzas y acciones en salud

Esperanzas	<i>f</i>	%
Tener más salud, sentirse mejor, recuperar mi salud	57	40.42
Sentirse igual como ahora, estar bien	28	19.85
Vivir más años	17	12.05
No enfermarse, no hospitalizado, no dolor	15	10.63
Estar con ánimo para funcionar y trabajar	10	7.09
Con fuerza para caminar bien y hacer ejercicio.	10	7.09
Control de presión arterial y azúcar	2	1.41
Sin depresión	1	.70
Estar más delgada	1	.70
Acciones	<i>f</i>	%
Caminar, hacer ejercicio, activo	36	23.22
Cuidarse, cuidarse de caídas, seguir las indicaciones del médico, no desvelarse	28	18.06
Comer bien, fruta, verdura; no coca, grasa, sal	23	14.83
Tomar medicamento	22	14.19
Ir al doctor/ Nutrióloga	13	8.38
Pedirle a Dios	8	5.16
Darse ánimo, superar y enfrentar los problemas	8	5.16
Estar tranquilo, no hacer corajes	7	4.51
Quehacer, trabajar	7	4.51
Bordar y tejer	3	1.93

Fuente: Preguntas abiertas: Esperanzas, Temores y Acciones

n = 80

En la tabla 3 se presentan los temores y las acciones para evitar los temores en salud y sus frecuencias. Los temores en salud más mencionados fueron el de tener un tropiezo con su salud con el 33.33%, morirse él/ella o un familiar con 29.41%, las acciones para evitar los temores en salud fueron, no comer cosas que le hacen daño,

comer bien y tomar agua con el 17.04% y las menos mencionadas fueron: control de azúcar, acostarse a descansar, vacunarse contra la influenza, realizarse una mamografía, tomar té o infusiones de hierbas y llorar, cada una de ellas con 1.13%.

Tabla 3

Distribución de frecuencias de los temores y acciones en salud

Temores	<i>f</i>	%
Sufrir algún tropiezo de salud	34	33.33
Morirse él / familiar	30	29.41
Tener accidente/ enfermedad el / familiar	15	14.70
Acabar en silla de ruedas	12	11.76
Estar peor, sufriendo	5	4.90
Corten la pata	2	1.96
Tener dolores	1	.98
Tener falla del corazón	1	.98
No controlar la diabetes	1	.98
Tener coagulo en el cerebro	1	.98
Acciones	<i>f</i>	%
No comer cosas que me hacen daño, comer bien, agua	15	17.04
Tomar calmantes/ medicamentos	12	13.63
Ir al seguro/ Médico	11	12.5
Caminar, ejercicio	10	11.36
Cuidarme	9	10.22
Cuida de no caerse/ accidentes, manejar bien.	8	9.09
Quehacer	6	6.81
No problemas, evitar discusiones	4	4.54
Salir con los amigos / Ver televisión	3	3.40
Dormir bien	2	2.27
No abusar del alcohol, fumar	2	2.27
Control azúcar	1	1.13
Acostarse a descansar	1	1.13
Vacunarse contra la influenza	1	1.13
Realizarse una mamografía	1	1.13
Tomar té o infusión de hierbas	1	1.13
Llorar	1	1.13

Fuente: Preguntas Esperanzas, Temores y Acciones

n = 80

Prueba de Hipótesis

Se exploraron las relaciones entre las variables de interés así como con variables sociodemográficas. Para probar la hipótesis se usó el coeficiente de correlación de Spearman, se generó una matriz de correlación para presentar las asociaciones (ver tabla 4). El número de esperanzas y temores en salud no se asociaron con el índice de salud. Por lo tanto no se apoya la hipótesis que planteaba que a mayor número de esperanzas y temores, mejor es la percepción de salud.

El número de temores se asoció con las acciones para evitar los temores en salud ($p = .003$). Las acciones para el logro de las esperanzas y las acciones para evitar los temores en salud se asociaron con el índice de salud SF-12 ($p = .012$, $p = .031$), respectivamente. A mayor número de acciones para el logro de las esperanzas y mayor número de acciones para evitar los temores en salud, mejor es la percepción de salud. Por lo tanto, se apoya las hipótesis 2.

Otros hallazgos fueron que el resultado del Mini Mental se asoció positivamente con las acciones para el logro de esperanzas y con las acciones para evitar los temores en salud así como, con la escolaridad. Es decir, a mejor estado mental mayor número de acciones reportadas por los adultos mayores; y mayor escolaridad. La escolaridad a su vez, se asoció con la percepción del estado de salud. A mayor escolaridad mejor percepción de salud.

Tabla 4

Matriz de correlación

	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad	--						
2. Escuela	-.268*	--					
3. MMSE	-.310**	.580**	--				
4. Número Esperanzas	.086	.029	.100	--			
5. Número Temores	-.070	.134	.189	.071	--		
6. Número acciones/ esperanzas	-.095	.142	.314**	.098	.200	--	
7. Número acciones/ temores	-.153	.213	.253*	-.139	.327**	.387**	--
8. SF-12	-.188	.248*	.138	-.001	.062	.279*	.242*

* $p < .05$; ** $p \leq .005$

Variables de Interés por sexo

Se usó la Prueba U de Mann-Whitney para explorar las diferencias en variables de interés por sexo. Al descomponer los diferentes índices que contiene la prueba SF-12 se encontraron diferencias significativas en algunos índices, así como en el número de acciones para evitar los temores en salud. En la tabla 5 se muestran los datos descriptivos y el resultado de dichas pruebas. Se observa que existe diferencia significativa de los índices de función física, dolor y función social y

también en el número de acciones para evitar que los temores se conviertan en realidad de los adultos mayores de acuerdo al sexo. La media y la mediana más altas fueron para el sexo masculino.

Tabla 5

Prueba U de Mann-Whitney de variables por sexo

VARIABLES POR SEXO	<i>n</i>	$\bar{\chi}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	U de Mann-Whitney	Valor de p
Acciones para evitar temores/salud						
Femenino	46	.85	.50	1.01	584.5	.043
Masculino	34	1.65	1	1.69		
Índice Función física					455.5	.001
Femenino	46	49.45	50	35.15		
Masculino	34	75	75	26.11		
Índice de Dolor					528.0	.009
Femenino	46	58.69	50	27.49		
Masculino	34	75	75	27.52		
Índice de Función social					540.5	.013
Femenino	46	56.52	50	35.91		
Masculino	34	75.73	100	28.52		

Dado que el índice de salud si obtiene distribución normal para explorar diferencias por sexo se aplicó la prueba *t* de Student. La tabla 6 muestra tanto los datos descriptivos y se incluye los resultados de la *t* de Student. La media y mediana fueron más altas para los adultos mayores del sexo masculino.

Tabla 6

Prueba t de Student para índice de salud por sexo

Sexo	<i>n</i>	$\bar{\chi}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	Valor de p
Femenino	46	56.36	56.28	23.06	-2.45	78	.017
Masculino	34	68.06	68.57	18.14			

Fuente: Cuestionario de salud SF-12

n = 80

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio de investigación se fundamentó en los conceptos de auto esquemas, ‘posibles yo’ de Markus (1977), el yo es un potente organizador de las experiencias a lo largo de la vida, los ‘posibles yo’ son un método que sirve a las personas informar sobre sus metas más importantes como sus temores a futuro. Hooker (1992), menciona que el futuro tiene un significado diferente probablemente para la mayoría de las personas, pero para los adultos mayores se relaciona con los ‘posibles yo’ en salud. Se aplicaron los conceptos de esperanzas, temores, acciones y salud percibida. Las hipótesis establecen la relación entre las esperanzas, temores, acciones y salud percibida del adulto mayor. Los resultados de esta investigación sustentan dichas relaciones, con la literatura reportada.

La edad no se asoció al número de esperanzas, temores, acciones para alcanzar las esperanzas y evitar los temores ni con la salud percibida. Estos datos contrastan con Cross y Markus (1991); y de Smith y Freund (2002) que reportan asociación negativa entre la edad y el número de esperanzas. Cross y Markus contrastaron grupos de jóvenes con adultos mayores y la edad mínima de los participantes de Smith y Freund fue de 70 años mientras que en este estudio esa fue la media encontrada. En México aunque se esta incrementando la esperanza de vida las medias de edad todavía se encuentran relativamente bajas al compararlas con las cifras reportadas en países mas viejos como es el caso de Estados Unidos de Norteamérica.

Los resultados de este estudio se pueden comparar con los datos de Smith y Freund (2002); Hooker (1992), que señalaron que todos o casi todo los participantes reportaron al menos una esperanza en salud. Con excepción de tres los adultos mayores aquí estudiados señalaron también tener al menos una esperanza en salud.

De todas las esperanzas las más mencionadas se relacionaron con la salud, también los temores más sobresalientes fueron acerca de salud. Otros temas fueron alrededor de familia y economía.

Este estudio se asemeja a lo reportado por Cross y Markus (1991) en cuanto a que las esperanzas. Las esperanzas más señaladas por sus participantes fueron: ‘mantenerse activo en forma independiente’, ‘ser útil’; y los temores fueron, ‘tener mala salud’, ‘estar en un asilo’, ‘no controlar su vida (independencia)’, ‘tener Alzheimer’, ‘tener mucho dolor’ y ‘morir en un asilo’: En este estudio se encontraron esperanzas similares, tales como: salud, tener más salud, sentirse mejor y recuperar su salud, seguida por la sentirse igual como hasta ahora y estar bien. Estar con ánimo para funcionar y trabajar, con fuerza para caminar bien y hacer ejercicio.

En contraste a lo reportado por Yarcheski, Mahon, Thomas, Yarcheski y Canella (2004), de que las esperanzas mostraron una relación con un tamaño de efecto moderado con la salud, en el presente estudio no se encontró asociación entre el número de esperanzas y salud percibida. Sin embargo, la salud percibida si se asoció con las acciones para el logro de las esperanzas y con las acciones para evitar los temores en salud.

Los estudios revisados no reportan diferencias de esperanzas y temores de acuerdo al sexo, solamente Ryff (1991) reportó que las mujeres permanecían estables en relación al pasado en cambio los hombres percibían más declives en cuanto sus propósitos de vida. En el presente estudio se encontró que los hombres reportaron significativamente mayores acciones para evitar que los temores en salud se conviertan en realidad y se perciben mejor en el índice de salud y particularmente en los índices de función física, dolor y función social en comparación a las mujeres. Esto se debe tal vez a que los hombres aún continúan con su ciclo laboral, es decir tienen más interacción social con el medio, además el hecho de que se consideren responsables del sustento familiar o proveedores puede influir; mientras que las

mujeres se dedican a realizar actividades en el hogar y tal vez asuman una actitud de receptora y por lo tanto dependientes de que otros las provean. Al momento no se cuentan con estudios con que contrastar estos datos ni con más explicaciones dado que no se encontraron diferencias de escolaridad por sexo.

Conclusiones

La mayoría de los participantes señaló tener al menos una esperanza en salud, y realizar cuando menos una acción para el logro de la esperanza en salud, de igual forma los temores se hicieron presentes en el área de salud y más de la mitad mencionó realizar una acción para evitar los temores en salud. Las esperanzas más mencionadas fueron tener más salud, sentirse mejor y recuperar su salud. Las acciones más mencionadas para el logro de las esperanzas en salud son: caminar, hacer ejercicio, estar más activo, cuidarse y seguir las indicaciones del médico. Los temores más mencionados fueron el de tener un tropiezo con su salud, morirse él/ella o un familiar, las acciones para evitar los temores en salud fueron, no comer cosas que hacen daño, comer bien y tomar agua.

Recomendaciones

Ampliar un poco más el tiempo para la recolección de datos, ya que con la premura del tiempo, no se logra alcanzar el tamaño de muestra calculado y la potencia.

Realizar estudios cualitativos donde se explore sobre las esperanzas, temores y acciones del adulto mayor para que enfermería pueda ayudarlo a mejorar su autocuidado y así conservar su autonomía.

Referencias

- Burns, N. & Grove, S. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. (3rd. ed.). EE.UU.: B. Saunders Co.
- Consejo Nacional de Población. (2002). *La dinámica demográfica en México, 2000-2050*. Recuperado el 31 de octubre de 2004, <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.html>.
- Cross, S. & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 1(34), 230-255.
- Elashoff, J.D. (1997). nQuery Advisor 2.0. Software.
- Folstein, M., Folstein, S.E. & Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gordon, M., Avant, K., Herdman, H., Hoskins, L., Lavin, M.A., Sparks, S., et al. (2001). *NANDA diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*. (M. T. Luis Rodrigo, Trad.). Madrid, España: Harcourt, S.A.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las Ciencias Sociales*, (Vols. 1-2). Barcelona, España: Hispano Europea.
- Hooker, K. (1992). Possible selves and perceived health in older adults and college students. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 47(2), P 85-95.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2002). Recuperado el 31 de octubre de 2004, de <http://intranet.inegi.gob.mx>.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality Social Psychology*, 35(2), 63-78.
- Markus, H. R. & Herzog, A. R. (1991). The role of self-concept in aging. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 110-143.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-

969.

- Moorhead, S., Johnson, M. & Maas, M. (2005). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, (3ª. ed.). Madrid, España: Mosby.
- Morse, J. & Penrod, J. (1999). Linking concepts of enduring uncertainty, suffering, and hope. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 145-150.
- Organización Mundial de la Salud (1976). *Definición de Salud*. Recuperado el 03 de diciembre de 2005, <http://www.who.int/about/definition/es/>.
- Ostrosky- Solís, F., López- Arango & Ardila, F. (1999). Influencias de la edad y de la escolaridad en el examen breve del estado mental (Mini-mental State Examination) en una población hispano- hablante, *Salud Mental*, 22(3). Recuperado el 22 de Abril de 2005, <http://web25.epnet.com/citation.asp>
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación en Ciencias de la Salud* (6ª.ed). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Real Academia Española. (1984). *Diccionario de la lengua española* (20ª. ed.). (2 vols.). Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Rico, R. M., Martínez, P., Romero, C., Vargas, E., Gómez, B. & Tezoquipa, I. (2004, julio/ septiembre). Información científica para el cuidado en enfermería: promoción de la salud del adulto en plenitud. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 3(3).
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6(2), 286-295.
- Secretaria de Salud y Asistencia. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado el 25 de abril de 2005, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Smith, J. & Freund, A. M. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 57B (6), P492-P500.
- Stewart, A. L., Hays R.D. & Ware J.E. (1988). The MOS short-form general health

- survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724-735.
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller, S. (1995). *How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. (2nd ed.). Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Whitbourne, S. K. (1985). The psychological construction of the life span. In J. E. Birren, & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.), pp. 594-618. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Yarcheski, A., Mahon, N., Thomas, J., Yarcheski, B. & Canella, L. (2004) A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 102-108.

Apéndices

Apéndice A

Mini Mental de Folstein (1975)

Orientación	PUNTUACIÓN			
1. ¿Cuál es				
El año?	0			1
La estación?	0			1
La fecha?	0			1
El día?	0			1
El mes?	0			1
2.- ¿En dónde estamos				
País	0			1
Estado	0			1
Ciudad	0			1
En qué lugar /edificio	0			1
Número de piso	0			1
 Concentración				
3.- Nombre tres objetos, en un segundo cada uno.				
“papel, bicicleta, cuchara”				
Pida al paciente que repita los tres nombres.	0	1	2	3
Repita usted los nombres hasta que el paciente se los aprenda.				
 Atención y Cálculo				
4.- Sugiera al paciente que cuente de manera regresiva a				
partir de 40, de cuatro en cuatro, es decir, 36, 32, 28, 24, 20, etc. A	0	1	2	3
40 le restamos 4 cuanto queda, a 36 le restamos 4, cuando queda?	4	5		
Pida al paciente que después de cinco intentos deje de contar. Como				
alternativa sugiera al paciente que deletree la palabra MUNDO al				
revés.				

Memoria

5.- Pregunte al paciente los nombres de los tres objetos mencionados en la pregunta tres. 0 1 2 3

Lenguaje

6.- Enseñe al paciente un lápiz y un reloj y pídale que nombre cada uno conforme se le muestran. 0 1 2

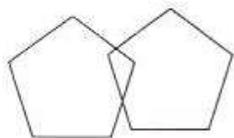
7. Haga que el paciente repita: “No voy si tú no llegas temprano” 0 1

8.- Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente acción de tres etapas: “tome esta hoja de papel en su mano derecha, dóblela a la mitad y póngala en el piso”. 0 1 2

9.- Solicite al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente acción escrita: “CIERRE LOS OJOS” 0 1 2

10.- Haga que el paciente escriba una oración de su elección. Debe contener un sujeto, un verbo y un complemento y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía. 0 1

11.- Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dar un punto si aparecen todos los ángulos y lados y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero. 0 1



Apéndice B

Cédula de Identificación

No. de encuesta: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ Municipio: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección _____

Fue a la escuela: Sí _____ No _____ Cuántos años cursó en la escuela? _____

Padece alguna enfermedad, ¿Cuál es?.

¿Cuánto tiempo tiene de padecerla?

Apéndice C

Cuestionario del Estado de Salud SF-12

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Yo le voy a leer cada pregunta y las opciones para que usted me indique lo que usted considera es su caso. Como las opciones de respuesta cambian además de leérselas se las muestro con letra grande.

1.-En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

2.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, me limita nada.

3.-Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, me limita nada.

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

4.-Durante el último mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

___ 1 Sí.

___ 2 No

5.-Durante el último mes, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

___ 1 Sí.

___ 2 No

6.- Durante el ultimo mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

___ 1 Sí

___ 2 No

7.- Durante el ultimo mes, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

___ 1 Sí

___ 2 No

8.- Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

___ 1 Nada

___ 2 Poco

___ 3 Más o menos

___ 4 Mucho

___ 5 Demasiado

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante el último mes en cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

9.- Durante el último mes, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo una vez
- 6 Nunca

10.- Durante el último mes, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo una vez
- 6 Nunca

11.- Durante el último mes, ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo una vez
- 6 Nunca

12.- Durante el último mes, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los familiares o a los amigos)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces

___4 Sólo una vez

___5 Nunca

Apéndice D

Preguntas Semiestructuradas de Esperanzas, Temores y Acciones

Instrucciones: A continuación le realizaré una serie de preguntas, en las cuáles me interesa conocer su opinión.

- 1.- Me puede hablar de alguna esperanza que usted tenga.
- 2.- ¿Cómo le gustaría estar de aquí aun año?
- 3.- ¿Qué hace usted para que _____ se logre?
- 4.- Me puede hablar de los temores que usted tenga.
- 5.- ¿Qué no le gustaría que le pasará en un año?
- 6.- ¿Que hace usted para que _____ se evite?

Apéndice E

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Subdirección de Posgrado e Investigación

Consentimiento Informado

La Lic. Maria Abigail Hilario Castillo, me esta solicitando mi participación, en su estudio, qué es requisito parcial para obtener su grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería. Me ha explicado que esta interesada en conocer acerca de mis esperanzas, temores y lo que pienso de mi salud. Me ha explicado que lo que pienso de mis esperanzas y temores serán grabadas y que además contestaré algunas preguntas sobre mi salud. Todo esto se llevará acabo en mi hogar en un horario que se me acomode bien. La Lic. Hilario Castillo me ha explicado que esto tomará alrededor de una hora.

Mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo dejar de responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento. Me explicó que la información que yo de será guardada confidencialmente y en cuatro meses será destruida. María Abigail, también me ha dicho que no habrá manera que se identifiquen mis respuestas con mi persona. Entiendo que no obtendré beneficios pero mis respuestas ayudarán a las enfermeras para que ellas ayuden a otras personas como yo a mejorar o mantener su salud.

Fecha

Firma del Participante

Fecha

Firma del Entrevistador

Apéndice F

Autorización de Secretaría de Salud

 SECRETARÍA DE SALUD	 ESTADO DE NUEVO LEÓN	 SECRETARÍA DE SALUD DE NUEVO LEÓN DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD	SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN SALUD SECCIÓN: DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN MESA: NUMERO DE OFICIO: 5011-11 k.2.2.1. EXPEDIENTE:
--	---	--	---

Monterrey, N.L. 29 de junio del 2005

Lic. Ma. Abigail Hilario Castillo
Presente:

El presente para informarle que el Proyecto de Investigación titulada: *Esperanza, Temores, Acciones y Salud Percibidas del Adulto*, el cual nos fue enviado para su registro; ya se incorporo en el Sistema de Investigación en Salud del Estado de Nuevo León con el número de registro: **19 19 05 017**

Sin otro asunto por el momento.

Atentamente
Sufragio Efectivo. No Reelección.
El Director de Enseñanza e Investigación en Salud.


Dr. Humberto A. de la Garza Miranda.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: ESPERANZAS, TEMORES, ACCIONES Y SALUD PERCIBIDA
POR EL ADULTO MAYOR

Área de Estudio: Salud Comunitaria.

Biografía: Nacida en la ciudad de Monterrey, Nuevo León el día 28 de Enero de 1981, hija del Sr. Gilberto Manuel Hilario Rodríguez y la Sra. Maria Ysela Castillo Sifuentes.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería del IMSS incorporada a la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciatura en Enfermería en 2002. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el periodo del 2004-2005. Miembro activo del Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha.

Experiencia Profesional: Enfermera General del Centro de Cuidados Especiales Providentia en el 2001, Licenciado en Enfermería del Hospital Universitario en el área de Psiquiatría en el año 2002 y Supervisor General del Hospital San Vicente del estado de Monterrey, Nuevo León del 2002 - 2004.

E-mail: abigailhilario@yahoo.com.mx
abi_solita@hotmail.com