

CREENCIAS SOBRE VEJEZ Y SALUD EN ADULTOS MAYORES, Y SU INFLUENCIA EN EL USO DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Luz María Vargas Esquivel¹
Silvia Crespo Knopfler²

RESUMEN

Las creencias sobre vejez y salud, han sido ampliamente estudiadas a través de diferentes disciplinas. No obstante los estudios son escasos desde el enfoque de enfermería. Por otro lado, se observó que las investigaciones que hacen referencia a la salud puntualizan más sobre la enfermedad. Tomando en cuenta lo anterior la finalidad del presente estudio fue correlacionar las creencias en vejez y salud de los adultos mayores, con el uso de servicios de primer nivel de atención y comprender el concepto de salud y vejez desde la visión de ésta población.

Se realizó un estudio a través del paradigma cualitativo, bajo la tradición de la Teoría Fundamentada, con ocho informantes de cuatro colonias adscritas a la Clínica Valle de Aragón del ISSSTE, durante el período de Enero a Diciembre del 2004, a quienes se les aplicó una entrevista en su domicilio. El análisis de datos se llevó a cabo a través del microanálisis, codificación abierta, axial y selectiva.

Las categorías de creencias en vejez se enfocaron en los preámbulos del envejecimiento, los cuales apuntalaron al deterioro del sistema musculoesquelético y digestivo, con una subcategoría de deterioro buco-dental. Las de creencias en salud enfatizaron en el aprendizaje de la salud y el apoyo familiar.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, es importante que el primer nivel de atención oriente sus actividades al desarrollo de programas de gerontoprofilaxis en diversos escenarios como: familias, escuelas, comunidad y con los mismos adultos mayores, ya que estos son fuente primordial para el aprendizaje tanto de vejez, como de salud y enfermedad.

Palabras Claves: *vejez, salud, creencias en salud, creencias en vejez, uso de servicios, modelo de creencias en salud, teoría fundamentada, adultos mayores, paradigma, tradición cualitativa, enfermería.*

Tales about old age and health in elderly and its influence in the use of health 1st level services

SUMMARY

The beliefs about age and health, have been broadly studied through different disciplines. Nevertheless the reports, are scarce from the infirmary focus. On the other hand, it was observed that the investigations related to health are focused on the illness. Taking this into consideration, the purpose of the present study was to correlate the beliefs in age and the elderly health, with the use of first level attention services and to understand the concept of health and age from the point of view of this population. We carried out a study through the qualitative paradigm, under the tradition of the based theory, with eight informants of four sectors of the clinic Valle of Aragón ISSSTE, from January to December, 2004, when they were interviewed at home. The analysis of data was carried out through the microanalysis, open, axial and selective code.

The categories of beliefs in age were focused in the preambles of aging, which bolstered to the deterioration of the skeletal and digestive systems, with a type of buco-dental deterioration. Those beliefs in health emphasized in the learning of health and family support.

Taking into consideration the results, it is important that the first level of attention guides its activities to the development of gerontoprofilaxis programs in diverse scenarios like: families, schools, community and with the elderly themselves, since they are the primordial source for the so much learning of age, as well as health and illness.

Key Words: *age, health, beliefs in health, beliefs in age, use of services, model of beliefs in health, based theory, older adults, paradigm, qualitative tradition, nursing.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 27 DE FEBRERO DEL 2008 Y ACEPTADO EL 22 DE OCTUBRE DEL 2008.

¹Carrera de Enfermería, FES Zaragoza, UNAM. Hosp. Reg. Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. E-mail: vargas1968@prodigy.net.mx, marymarvar2000@yahoo.com.mx

²FES Zaragoza, UNAM.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se ha observado un incremento en la población de adultos mayores, así como una modificación en la morbi-mortalidad de la población en general, lo que amenaza con poner en crisis los sistemas sanitarios^{1,2}, ya que sobresalen las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes, lo que repercutirá en el tipo de servicio de salud que esta población solicite³⁻⁵.

En este sentido, se señala que existe mayor demanda de los servicios de segundo y tercer nivel de atención que los de primer nivel⁶⁻⁸, o bien la población prefiere la asistencia en el sector privado⁹.

La subutilización del primer nivel, se debe a que, por un lado, los adultos mayores no formaron conductas saludables y a la existencia de la creencia en salud y vejez.

En este sentido, se considera que el profesional de enfermería, no debe estar ajeno a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como a las creencias que tienen los adultos mayores, ya que su compromiso es cuidar a la persona, familia o grupo en cualquier etapa de la vida¹⁰, tal como se menciona en el paradigma de transformación: "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud"¹¹. De ahí, que dichos aspectos exigen a la profesión de enfermería la prestación de "nuevos cuidados", en tanto que el sujeto receptor de los mismos ya no sólo es el usuario de los servicios de salud de cualquier nivel de atención, es también actor y autor social que se desenvuelve en el medio comunitario.

La trascendencia de partir del primer nivel de atención radica en que es ahí, en donde generalmente el profesional de enfermería lleva a cabo actividades de promoción a la salud y de protección específica, haciendo énfasis en el autocuidado, con la finalidad de limitar las secuelas incapacitantes e invalidantes que presenta esta población debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

ESTADO DEL ARTE DE LAS CREENCIAS EN SALUD, VEJEZ Y EL USO DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LA SALUD

Creencias sobre Vejez

Culturalmente, «hacerse grande», ha sido casi siempre a lo largo de la historia, algo deseable, comparado con el «hacerse viejo» ya que esto ha tenido connotaciones negativas, término utilizado como sinónimo de enfermedad, incapacidad o dependencia, así mismo se relaciona principalmente a los aspectos negativos que implican disminución: en lo biológico, en el retiro laboral con las mermas económicas y sociales que conlleva, así como en la participación social y como consecuencia en la vivencia personal. Así mismo, se señala que la cultura junto a factores como valores, creencias, aspectos políticos, administrativos y económicos, también determinan la edad de

jubilación y el estilo de vida^{12,13}.

De ahí, que diversas disciplinas de la ciencias sociales, se han preocupado por identificar cuales son las creencias sobre la vejez, a través de las representaciones sociales bajo el paradigma cualitativo en diferentes grupos de edad tanto en Latinoamérica como en México. Entre los resultados que sobresalen es que existían dos visiones (negativas y positivas) desde el lente óptico de los adultos mayores.

La visión negativa, la vejez se consideró bajo tres categorías que implican disminución en lo biológico, psicológico y social.

- Aspectos biológicos: en este sentido se observa la vejez con limitaciones funcionales entre las que destacan: padecer los achaques propios de la edad, estado de salud deteriorado representado por problemas circulatorios, respiratorios, digestivos, etc. (45,3%); seguida de problemas de movilidad, entre las que destacaron las enfermedades del sistema musculoesquelético (31,7%), de disminución de fuerza física (13,6%); y sexuales, con cambios en la imagen corporal (canas, arrugas, presencia de anteojos, tipo de vestimenta, etc.), características que se asociaban a la carga histórica del individuo (9,4%)¹⁴⁻¹⁷. Cabe resaltar que ésta categoría era uno de los escenarios principales donde se desenvolvía el drama de la vejez, entendida como un suceso de la vida real, capaz de interesar y conmover vivamente¹⁸.
- Estado psicológico: el cual concebían como un estado de animo, o por personalidad en la cual los entrevistados manifestaron que durante esta etapa de la vida se vuelven egoístas, rezongones o deprimidos¹⁵.
- Aspectos sociales: en esta área se consideraba como sinónimo de inutilidad, digna de cuidado, ociosidad, haraganería, etc. Manifestaciones que difieren según la etapa de vida, los de edad adulta hicieron referencia a que las personas en ésta etapa de la vida debían jubilarse para dar lugar a una generación que pugna por encontrar un espacio y un lugar¹⁹⁻²⁴.

La visión positiva de la vejez

En este sentido, algunos reportes de investigación destacan que en esta etapa existen situaciones que no están presentes en otros momentos de la vida como: tener mayor tiempo libre, posibilidad de fomentar más las relaciones con los hijos o con los amigos²⁵, y con el brío necesario para continuar ocupando un status importante dentro de la sociedad, por lo que señalaron que la unión familiar era uno de los valores más importantes, lo cual se conservaba y transmitía a los descendientes^{25,26}.

Como se puede observar, la vejez y el ser viejo no conduce a una situación privilegiada, ya que se hace referencia a la antinomia, oposición juventud y vejez²⁷, además de que las creencias están vinculadas a condiciones socio-económicas, culturales, ambientales y el estilo de vida durante la infancia, juventud y adultez²⁸.

Creencias en Salud

En este sentido se han realizado diversas investigaciones bajo el Modelo de Creencias en salud de Rosenstock (MCS), de los resultados obtenidos destacan que las diferencias se debían a concepciones que la población tenía sobre las enfermedades y a las reacciones emocionales, además de distinguir algunas actitudes y creencias sobre las enfermedades presentadas en el transcurso de sus vidas según Leventhal, 1992²⁹.

Se han realizado otros estudios bajo el enfoque sociológico a través del modelo de creencias en salud, no obstante, éstos se concentran en indagar la enfermedad del corazón³⁰, enfermedad intestinal inflamatoria³¹, cáncer de mamá, de próstata, cervicouterino, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tuberculosis, asma, entre otras. También en grupos de mujeres embarazadas, o para identificar las creencias respecto al uso de algunos medios diagnósticos como el examen digital rectal³², mamografía, las conductas ante el examen anual de salud gratuito³³, las creencias en salud funcional y las conductas de promoción a la salud en adultos mayores. Brownell señaló que los adultos más viejos que frecuentemente participaban en la promoción de conductas saludables, refirieron una percepción positiva y menos barreras que los que no asistían a la consulta³⁴.

Por otro lado, Islas en 2004, señaló que el significado de salud tiene divergencias entre los diferentes grupos de edad, no obstante coincidieron en que salud era estar ausente de enfermedad, tener bienestar y alegría. Respecto a la salud en los adultos mayores, ésta la determinaron desde el punto de la funcionalidad³⁵.

Como se puede observar, el modelo de creencias en salud apuntala más a los dogmas de la enfermedad y el uso de los servicios, a través de la percepción del individuo sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad; así como los factores internos (situación psicológica, económica, familiar y social) y externos (señales de acción, es decir personas o medios de comunicación que ofrecen consejos sobre cuidados para la salud), que se asocian a la probabilidad de emprender una acción de cuidado determinado³⁶⁻³⁸, sin considerar las creencias que tiene la población de adultos mayores sobre su propia vejez y salud.

Uso de Servicios de Salud y creencias

Con respecto, a los estudios sobre las creencias que tienen los adultos mayores sobre la salud y el uso de los servicios de atención médica, algunos autores como Bronwell (2002); Bronfman (1997), entre otros señalaron que el uso de los servicios de primer nivel de atención, dependía de las conductas que hubiese desarrollado el adulto con base a sus creencias, las cuales podrían ocasionar consecuencias emocionales, cognitivas y motoras que se suman a dichas creencias y que impactan sobre el deterioro de la salud^{34, 39-40}.

Abellán en 1999 reportó que los adultos mayores no utilizaban

los servicios de salud debido a diferentes tipos de barreras, entre las que destacaron: Barreras burocráticas, de organización, arquitectónicas, geográficas, así como el costo de los servicios, delincuencia, miedo a ser asaltados y la confianza en los cuidadores informales⁴¹.

Como se puede observar existen diferentes investigaciones respecto al uso de servicios de salud, tanto a nivel internacional como nacional, las cuales se han realizado desde cuatro perspectivas: desde el punto de vista de la población, bajo la perspectiva del sistema de salud⁴², a través el impacto económico que se genera en éstos y bajo el enfoque de las barreras. Así mismo, se encontró en el estado del arte que existen diferentes enfoques teóricos para indagar las creencias sobre la vejez, la salud y el uso de servicios de salud como son: las representaciones sociales⁴³⁻⁴⁴, los enfoques etnográficos⁴⁵⁻⁴⁶, el modelo de Rosenstock y la teoría fundamentada⁴⁷.

No obstante éstos son antagonistas entre sí ya que, las primeras enfatizan en indagar constructos cognitivos de imágenes y conceptos, en donde incluyen los prejuicios, las creencias, las atribuciones, los estereotipos, los valores, las actitudes y las teorías implícitas que la gente tiene acerca de cualquier dominio de la realidad, mientras que la etnografía se encarga de indagar los procesos culturales sobre lo que un colectivo piensa o cree sobre un fenómeno determinado, a través del cual desarrolla determinadas conductas.

Cabe resaltar que los datos reportados en las investigaciones antes mencionadas no se pueden extrapolar a la población mexicana, ya que las características sociodemográficas son diferentes a las reportadas para adultos mayores anglosajones.

Por tal motivo, se realizó un estudio con la finalidad de identificar las creencias que tienen los adultos mayores sobre la vejez y la salud y el uso de servicios de primer nivel de atención, así como identificar la visión que tienen los adultos mayores sobre la vejez. Además, comprender el concepto de salud desde la visión de los adultos mayores, e identificar las dimensiones sociales que se asocian a las creencias de vejez, salud y uso de servicios de atención de primer nivel de atención.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, cualitativo, a través del enfoque de la teoría fundamentada⁴⁸, en ocho informantes mayores de 60 años, de ambos géneros, en cuatro colonias aledañas a la Clínica Valle de Aragón, del ISSSTE, los cuales fueron entrevistados durante el período de Enero a Diciembre de 2005, a través de una entrevista semi-dirigida, la cual esta integrada por cinco apartados: El primero se refiere a datos de identificación; el segundo a las creencias sobre la vejez; el tercero se refiere a las creencias en salud; el cuarto aborda los aspectos familiares y el quinto los aspectos sobre la utilización de los servicios de salud.

Fase Analítica: Se llevó a cabo a través de la transcripción textual

de la narración de los informantes, en formato Word, concluidas, se examinaron a través de la codificación abierta y axial, por último se realizó la codificación selectiva en la que se clasificaron las categorías y subcategorías⁴⁹.

RESULTADOS

De los resultados obtenidos de las ocho entrevistas se encontraron los siguientes tres paradigmas:

Creencias de la vejez: éste se entendió como la forma de ver la vejez misma y de otras personas, se manifestó como sinónimo de malestar físico. Al referirse a los “achaques” de la vejez, o bien como dependencia física según las experiencias vividas. Al respecto, uno de los informantes mencionó el siguiente testimonio:

“Pues bueno ahora ya estoy viviendo otra etapa de la vejez, que es que está todo uno arrugado y pues no le gusta a uno muy bien, pero pues ya que, ya tienes que entrar a esa edad, de que éstas ya más madura, y se va haciendo uno como una fruta que se madura en el árbol, que dura colgando, luego se cae y se hace arrugadita, y uno es también es uno igual, fuimos un árbol, dimos el fruto, y ya entramos a hacernos viejos, ya aquel palo ya paso varios años y ya tiene que llegar al fin de que se va terminando... E03 mujer de 79 años de vida.”

En éste paradigma se encontró la categoría: preámbulo del envejecimiento, con la subcategoría de deterioro buco-dental.

Respecto a los preámbulos del envejecimiento los testimonios enfatizaron en el envejecimiento Bio-fisiológico, al referirse a las modificaciones que se presentan en diversos aparatos y sistemas, especialmente digestivo y músculo esquelético, situaciones que manifestaron les genera pérdida de capacidades físicas, una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y a los problemas crónicos de salud, atestiguándolo de la siguiente forma:

“Se te van acabando tus fuerzas, se te van acabando. Ya para sacar algo así, la levanto y digo hay, pero.... Trato yo de, y digo, me voy a quedar engarrotada. Siempre como que tus manos se entorpecen ya no tienen aquella agilidad, ya no tienen, y yo no se sí al menos yo ahora sí, por la osteoporosis sea así, yo les digo yo antes caminaba, yo iba rápido y venía, iba y venía, y ahora ya no.... Y luego que pues ya el encorvarte, el agacharte, ya tu estabilidad va cambiando, ya no tienes la flexibilidad que tenías, poco a poco se van acabando, poco a poco se van deteriorando..... E01 Mujer de 68 años de edad.”

En relación al deterioro Buco-dental, los informantes definieron esta subcategoría como: “La ausencia de piezas dentarias, mal estado de la mucosa oral y de los dientes” e hicieron mención que los factores que generan el deterioro buco-dental, como son: el tabaquismo, medicamentos y malos hábitos higiénicos que desarrollaron en etapas anteriores.

Otro aspecto, que destacó fue la subutilización de los servicios

de salud odontológica, ya que uno de los informantes declaró no asistir porque el odontólogo era mal hecho, otro porque utilizaba prótesis dental y otros por la situación económica, lo cual debe poner en alerta a los profesionales de la salud, ya que aunque el anciano utilice prótesis dental ésta debe de continuar bajo supervisión especializada, ya que la mucosa dental con el envejecimiento se deteriora, lo que genera que la prótesis se afloje y genere molestias e incluso lesiones graves. Lo anterior se mostró en el siguiente extracto de una de las entrevistas:

“Esos si anduvieron mal, porque, o andan mal porque, desde un principio que uno es joven, no tiene uno suficiente cuidado de asearse la boca, se descuida uno, y no se yo creo que tanta medicina, pero..... Pero me he inyectado mucha penicilina, yo considero que eso también afecta la dentadura, se me descubrieron las raíces y se me aflojaron, pero nunca se me pico una muela, se me amolaron los raigones, se aflojaron y me los tuve que quitar en la clínica de la prensa que es una institución que cobra más barato que otras clínicas. E05 hombre de 76 años.”

Creencias en salud: comprendió la descripción física del estado de salud actual, la cual se asocio con la ausencia de enfermedad, lo que le permite realizar sus actividades cotidianas, la cual se ve influenciada por las redes de apoyo familiar, la autopercepción y el aprendizaje de la salud”.

Respecto a las creencias en salud de los informantes del presente estudio se encontró que éstas enfatizaron en cuatro dimensiones:

- La bio-fisiológica: se observó como el deterioro o disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, lo cual explícitamente lo especificaron al referirse a “no percibir molestias, estar bien de su vista, el no tener azúcar en la sangre, el no haber tenido ninguna enfermedad, que no necesitara de la visita al médico, ni de hospitalización.
- La psicológica: en ésta se hizo referencia a la autoestima y la motivación. Al respecto las personas participantes manifestaron que la salud era “sentirse a gusto, alegre, contento, con ganas de vivir”, lo cual puede suponer que mientras que exista un estímulo en esta etapa de la vida, la salud en esta población continuará prevaleciendo.
- La familiar: los testimonios de los adultos mayores estuvieron referidos de la siguiente manera: salud era “vivir feliz con la familia, tener quien lo mimara, quien le acompañara, y con apoyo”, esto probablemente se deba a que anteriormente la vida del ser humano, especialmente la de la mujer giraba en torno a la familia, situación que actualmente ha cambiado.
- La función física: al respecto los informantes vislumbraron que la salud era “estar físicamente bien, con dinamismo y sin problemas para caminar”. Cabe resaltar, que solo las mujeres fueron las que hicieron referencia a esta dimensión, situación

que puede deberse a que mientras ellas continúen desarrollando sus actividades cotidianas como caminar, vestirse, trasladarse, preparar los alimentos, etc, consideraran que tienen salud.

Lo anterior se manifestó en el siguiente extracto:

“Yo siento que una persona de tercera edad sana, es que, para empezar que no tenga problemas, esa es una de las cosas, otra es que viva feliz con su familia, que la traten bien, que tenga, no, no en abundancia pero tampoco que no le falte y que tenga quien la mime, quien la acompañe. E07 mujer de 80 años de edad.”

Dentro del paradigma de creencias en salud, se encontraron las siguientes categorías:

Aprendizaje de la salud: Uno de los fenómenos que son vitales para identificar de donde provienen las creencias en salud, es el lugar en donde los adultos mayores aprendieron el significado de la salud, ya que esto determinará las conductas o estilos de vida que favorezcan el bienestar o salud en esta población y lo que ellos transmitan a próximas generaciones. Cabe resaltar, que los informantes definieron ésta categoría como: “El lugar o personas que les enseñaron la salud y lo que necesitaron hacer para mantenerla en esta etapa de la vida”.

Al respecto, señalaron que el lugar en donde aprendieron la salud fue la escuela de la vida (es decir lo que aprenden con el paso de los años) o el hogar, las personas que les enseñaron la salud fueron los padres o la fe religiosa, y lo que hicieron para mantener la salud fue cuidar la alimentación previa, tener buenos hábitos de sueño, evitar hábitos nocivos como el alcohol y el tabaquismo. Como se puede observar las conductas previas a la vejez influyen en la salud de los adultos mayores. Lo anterior se vislumbró en el siguiente extracto:

“Sano, pues yo solo, la vida, la vida, la escuela de la vida es lo mejor que hay, así es que el que no la agarra, pues es porque de plano no, porque la vida lo golpea a uno, le da a uno oportunidades, y así como se las da se las quita, y si usted sabe aprovechar la buena oportunidad pues vas a salir sano. Hombre de 80 años de vida E08.”

Tomando en cuenta los argumentos antes mencionados, se podría inferir que la salud se aprende en la educación básica (en el interior del hogar y en el recorrido de la vida, lo cual se asocia con las creencias en salud de los adultos mayores.

Tipo de Apoyo Familiar: éste según la literatura, se entiende como aquellas prácticas simbólicas - culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales, las cuales integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, además de evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando el individuo enfrenta dificultades, crisis o conflictos, no obstante los informantes la definieron como: el cuidado que les otorgan

sus hijos en su salud, o la ayuda en los quehaceres del hogar. En este sentido la mayoría de los informantes manifestaron que los llevaban al médico o bien les compraban los medicamentos para el control de su salud. Solo una de los entrevistados refirió que una de las nueras le apoyaba en la realización de la comida y la limpieza de la casa. Lo anterior se demostró con los extractos de las siguientes narraciones:

“Hombre de 76 años E05: Tengo un hijo que ya esta casado, pues es el que luego se preocupa por llevarme al médico, traerme aquí o llevarme a un médico particular... es el mayor, entonces este pues si se preocupa cuando me ve enfermo y mi esposa también, pues como es natural como lo ven a uno, pues se preocupan por que pues aparentemente parece que ya no les hace uno falta, pero si les hace uno falta.”

Uso de los servicios de salud de primer nivel de atención: éste solo hizo referencia al momento en que ellos acudieron a los servicios de salud, el cual se encontró en estrecha relación con el deterioro buco-dental y el tipo de apoyo familiar instrumental, entre las causas por las que no asistieron al primer nivel de atención se encontraron las siguientes: percepción de gravedad o muerte, uso de medicina tradicional (té), mal trato de los profesionales de la salud, barreras de tiempo, los cuales se pueden observar en el siguiente testimonio.

“...pero el personal pésimo, yo tuve una temporada de estar yendo al seguro y no, no hay, luego ya no más necesita estar usted muriéndose ahí para que lo atiendan en la de emergencias, yo donde voy, donde me dan un pase, venga tal día, venga tal fecha o vaya a que le hagan unos análisis, y así lo traen, será por la aglomeración de la gente, por mucha gente o porque el persona sea así medio apático o no se, Hombre de 80 años de vida E08.”

Entre los factores que facilitaron el uso de los servicios de salud fueron: confianza con el médico.

Cabe señalar que el Esquema de Organización de categorías y subcategorías que se desarrolló a través de los paradigmas y sus respectivas categorías y subcategorías tomando en cuenta la teoría fundamentada, se muestra en la Figura 1.

No obstante las creencias en vejez y salud se encontraron aisladas, ya que las primeras se concibieron como una etapa del ciclo vital que se encuentra con cambios en el aparato musculoesquelético, y en la cavidad buco-dental, mientras que las segundas las asociaron con el aprendizaje de la misma, y el apoyo familiar, las cuales se asociaron con el uso de servicios de salud.

DISCUSIÓN

La vejez ha sido una etapa de la vida del hombre que lo ha hecho reflexionar y ha provocado sentimientos contradictorios. Ya Cicerón, en el año 44 a. de C. decía de la vejez: “*Todos los hombres aspiran alcanzarla, sólo para clamar después contra ella*

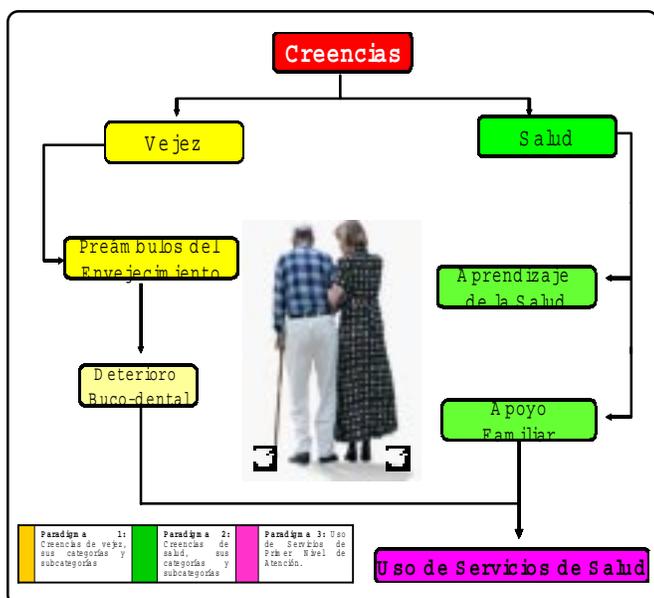


Figura 1. Esquema de Categorías y Subcategorías (Vargas EL, Crespo KS; 2005).

cuando la han logrado. ¡Así de voluble y de perversa es la insensatez humana!”⁵⁰. Respecto a las creencias de ésta etapa de la vida, según los testimonios, se encontró que coincidieron con los reportes realizados tanto en Norte América, América Latina y México al señalar que en diferentes culturas la vejez se reconoció como el final de la vida, normalmente asociada con disminución de la funcionalidad física y mental, castigo de Dios, autopercepción de carga para los familiares, abandono y proximidad a la muerte. En casi ninguna sociedad la vejez se maneja como una de las partes de la vida más deseada⁵¹⁻⁵³.

Así mismo, fueron similares con lo que señaló Ronzón H. Z en 1993, quién reportó que 31 ancianos de la comunidad de Tlalcoluan Veracruz, manifestaron que el sentirse anciano depende de la autovaloración de cada persona, la cual se desprende de dos características: el deterioro físico y la edad⁵⁴.

Sin embargo, Dabed en un estudio de corte cualitativo, orientado bajo la fenomenología y la teoría fundamentada, reportó que 12 informantes paramédicos mayores de 55 años, de género femenino, del Hospital San Juan de Dios de La Serena, IV región, Chile, que el envejecimiento se vio asociado a pobreza, aislamiento, deterioro y enfermedad. Esto indicó la concepción biológica asociada a involución y presencia de mitos e influencia de la ideología del “viejísimos”: incapacidad, inactividad, inutilidad. Concluyendo que la Representación Social del envejecimiento, se caracterizaría por la prevalencia de la influencia del modelo biomédico y de involución, transferido desde la biología a las ciencias sociales y por concebir el envejecimiento como una etapa en el ciclo vital caracterizado por cambios en las diferentes esferas y que concluye con la muerte⁵⁵.

Con respecto al deterioro buco-dental, las narraciones de los informantes fueron congruentes con lo que se reporta en la

literatura, en la cual señalan que algunos estereotipos que explicaron la negligencia y abandono de muchas personas (ancianos o no) a visitar al dentista fueron: la aceptación popular de que la degeneración dental es inevitable e irreversible consecuencia de la vejez; los problemas buco-dentales son percibidos como menos importantes que otros, en edades avanzadas, se relegan al último lugar de prioridad, y casi siempre consultan al médico de familia; Así mismo, existe la creencia de que las prótesis son el mejor sustituto de la dentición y algunas veces son los propios ancianos los que solicitan la extracción de las escasas piezas (aún sanas y valiosas) que les quedan⁵⁶.

Sin embargo, a nivel nacional no existe información respecto a las creencias en salud buco - dental en el adulto mayor, ya que la investigación odontológica generalmente se ha enfocado al estudio de los aspectos biológicos y patológicos, mientras que los aspectos subjetivos han recibido poca atención.

No obstante, los estudios mencionados sobre las creencias de la vejez, fueron desarrollados por disciplinas como la antropología, sociología y psicogerontología, las cuales aportan datos de importancia, sin embargo, lo antes comentado también debe llamar la atención en Enfermería, ya que las creencias en vejez estuvieron encaminadas al sinónimo de enfermedad haciendo referencia a “achaques” de la vejez”. De ahí, la necesidad de planear e implementar programas de Gerontoprofilaxis, en los cuales la participación de ésta profesión, es de gran importancia, ya que se encargaría de proporcionar educación para la salud, a los adultos mayores y la sociedad, así como integrar programas de rehabilitación en el primer nivel de atención y no ver esta terapéutica como el último recurso de atención para los adultos mayores, ya que el proceso del envejecimiento se puede retrasar, al mantener activo al adulto mayor y al modificar estilos de vida en esta población.

Cabe resaltar, que integrar al profesional de enfermería en el campo odontogeriátrico le permite realizar acciones educativas a favor a la salud buco-dental de los ancianos como son: técnicas de cepillado, uso del hilo dental, adaptación de utensilios para la higiene oral en personas discapacitadas, etc.

Sin embargo, no se trata de que este gremio invada y ejecute acciones de otra disciplina, más bien se pretende trabajar interdisciplinariamente, con la finalidad de mejorar los servicios de atención primaria y que éstos repercutan favorablemente en la calidad de vida de los adultos mayores.

Con relación a las creencias en salud se encontró que los testimonios antes presentados fueron similares a lo reportado por algunos autores quienes reportaron que ésta era sinónimo de alegría, que provenía de Dios, o ser hereditaria, que el trabajo influía mucho, que se conservaba manteniendo una conducta adecuada en cuanto a cuidar el cuerpo⁵², entre otros de los reportes fueron que significaba hacer cosas significativas como movilizarse, tener función física, algunas actividades sociales como: leer, viajar, hacer trabajo de casa, pescar y nadar⁵⁷, o estar

alentado, no estar enfermos, que dependía del modo de vivir, encontrarse con fuerzas, controlar una enfermedad y usar hierbas⁵⁸.

Como se puede observar, existen diferentes estudios que parten de un paradigma tanto cuantitativo como cualitativo, sin embargo, dichos estudios sólo hicieron referencia al significado de la salud, sin considerar si las creencias influían en el uso de los servicios de salud, lo cual es fundamental en la valoración integral, ya que el aspecto subjetivo de la salud es una de las primeras aproximaciones para comprender al otro.

Respecto al aprendizaje de la salud, ésta se fundamentó con la Teoría del Aprendizaje Observacional, la cual se apoya en creencias basadas en la observación de otros y los resultados que estos obtienen tras efectuar un determinado comportamiento, creándose modelos que pueden ser emulados⁵⁹.

Respecto al apoyo familiar, los testimonios fueron coincidentes con lo que señala Escudero quien refiere que 62% de los entrevistados manifestaron recibir apoyo familiar, comparado con el 2% que no lo recibió, ni creyó que lo tendría si lo necesitara, comparado con el 36% que no lo recibe pero cree que si lo necesitara lo tendría, siendo mayor la proporción de mujeres con esta opinión (48,4%) que de hombres (18,2%). Respecto al apoyo en los quehaceres del hogar, encontró que el 68% recibía ayuda familiar para alguna actividad instrumental de la vida diaria⁶.

Tomando en cuenta lo anterior, se considera de vital importancia la participación de la enfermera en el primer nivel de atención, ya que es el profesional de la salud que guía sus acciones para fortalecer las capacidades funcionales tanto físicas como mentales, además de capacitar a la familia para el cuidado del adulto mayor, con el fin de integrarlo en su ámbito socio-familiar con la máxima independencia posible, ya que esta población será la fuente principal en la transmisión de la salud a otras etapas de la vida. Así mismo, la planeación de las actividades de gerontoprofilaxis deberá considerar las costumbres o creencias que prevalecen en la población, para generar una adherencia en el cuidado, educación en salud y lo que ellos consideran respecto a la funcionalidad física.

CONCLUSIONES

- Reconocer las creencias de las personas y compartirlas conjuntamente con el equipo multidisciplinario de la salud, favorecerá la adherencia terapéutica.
- Se deben realizar proyectos de investigación bajo el enfoque etnográfico, ya que permitirá identificar como actúan los adultos mayores ante la vejez y la salud, según su pensamiento.
- Integrar en estudios próximos una población mayor de 80 años, ya que el presente estudio arroja diferencias con respecto a las creencias en salud y las relaciones familiares.
- Trabajar interdisciplinariamente entre antropólogos, sociólogos

y enfermeros la búsqueda de creencias sobre vejez y salud, pues tienen visiones diferentes con relación a los adultos mayores.

- Considerar la visión de la vejez en diferentes grupos de edad, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico, ya que en el presente trabajo se observaron diferencias en la literatura y lo señalado por los informantes.

REFERENCIAS

1. Kalache A, Coombes Y. Population Aging and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews of Clinical Gerontology* 1995; 5:347-355.
2. Loewy M. La vejez en las Américas. *Perspectivas de Salud /OPS* 2004; 9 (1); 10-14.
3. Ham CR. El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México* 1996; 38(6): 409 - 418.
4. Castro V, Gómez DH, Negrete SJ, Tapia CR. Las enfermedades clínicas en personas de 60-69 años. *Salud Pública de México* 1996; 38 (6): 438-447.
5. Lara RM. El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales. En: Organización Panamericana de la Salud. *Problemas y Programas del adulto mayor*. México: OMS/OPS. 1997: 137-151.
6. Programa Nacional de Salud 2001 - 2006. En donde estamos: la salud y los servicios de salud en México. México: Secretaría de Salud. 2000.
7. Rodríguez GR. Fortalece el Instituto sus programas de atención integral a la vejez. *Bol Of ISSSTE*. Enero 29, México: ISSSTE. 2002.
8. Instituto Nacional de la Senectud. *Memoria de Gestión 1988-1994*. México: INSEN. 1994.
9. Borges YS, Gómez DH. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex* 1998; 40:13-23.
10. Vázquez M. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Inv y Educ Enf* 2001; 19(1): 120-130.
11. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. México: Masson. 1996: 3-17; 45; 101-109.
12. Fornós-Esteve M. El estereotipo social de la vejez. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: Octubre, 2004]; Conferencia 13-CI-G: [6 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm.
13. Lolás SF. La vejez como etapa vital: Consideraciones Bioéticas. Chile: [En red] *Gerontología*, [citado Octubre, 2004]. 5 Pág. Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_4.htm
14. Monchietti A. La representación social de la vejez. [Tesis Doctoral en Psicología]. Argentina: Facultad de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata. Marzo 2004.
15. Monchietti A. Representaciones sociales que inciden sobre las formas de envejecimiento femenino. Conferencia. IV Reunión de antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001. Curitiba Brasil.

VERTIENTES

16. Marín M, Troyano Y, Vallejo A. Percepción social de la vejez. *Mult Gerontol* 2001; 11(2): 88-90.
17. Fernández L, Reyes L. La vejez y su Representación Social: Estudio de casos. [serie en red] 2002 [citado en agosto 2004]; 28. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG012_Gastron.pdf
18. Griselli S. La plenitud. [monografía en Internet] Argentina: Facultad de psicología y ciencias sociales; 2002. [citada junio 2004]. 22 Pág. Disponible en red: http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologia/public_5.htm
19. Gastron L, Vujosevich J, Andrés H, Oddone M. La vejez como objeto de las representaciones sociales. *Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán* 2002; 11 (12): 31- 42.
20. Velásquez PF. Hacia un acercamiento y comprensión de la ancianidad en Veracruz. En: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México: CONAPO. 1999: 74-84.
21. Gómez DH. Paginas de salud pública. *Rev. Salud Pública de México*. 2000; 42 (1); 420-421.
22. Bosca G. La imagen social de la vejez. *Boletín informativo del Programa de desarrollo integral del adulto mayor*. [serie en red] 2002 [citado en agosto 2004]; 24. Disponible en red: <http://www.fundacion.org.mx/pdf/atardecer200212.pdf>.
23. Rodríguez GR, Morales VJ, Encinas RJ, D'Hyver WA, Trujillo Z. Cultura popular del envejecimiento. En: Rodríguez GR, Morales VJ; Encinas RJ; D'Hyver WA; Trujillo Z. *Geriatría*. México: Mc Graw-Hill. 2000: 342-343.
24. Vargas DE. Percepción sobre ser «viejo» Tiempo: El portal de psicogerontología [serie en Internet]. 2003 Jun. [Citado Feb 2005]; 13: [9 p]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo13/percepcion.htm>
25. CIS-IMSERO. La soledad de las personas mayores. España. IMSERSO. Febrero 1998.
26. Fernández L, Reyes L. La vejez y su Representación Social: Estudio de casos. [serie en red] 2002 [citado en agosto 2004]; 28. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG012_Gastron.pdf
27. Gastron L, Vujosevich J, Andrés H, Oddone M. La vejez como objeto de las representaciones sociales. *Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán* 2002; 11 (12): 31- 42.
28. Moñivas A. Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología* 1998; 14 (1): 13-25.
29. Leventhal H, Leventhal E A, Schaefer PM. Vigilant Coping and Health Behavior. En: Ory MG, Abeles RP, Lipman PD. (eds.) *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. 1992: 109-140.
30. Ali NS. Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the Health Belief Model. *Women Health* 2002; 35 (1): 83-96.
31. Goldring AB, Taylor SE, Kemeny ME, Anton P A. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology* 2002 May; 21 (3): 219-228.
32. Lucumí DI, Cabrera GA. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colombia Médica* 2003; 34 (3): 111-118.
33. Hsu H, Gallinagh R. The relationships between health beliefs and utilization of free health examinations in older people living in a community setting in Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 35 (6): 864-873.
34. Brownell AC. The effect of health beliefs on health-promoting behavior in the rural elderly. [Doctor of Philosophy in Nursing]. Canada: School of Binghamton University: New York; 2002.
35. Islas PP. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. *Enf Clín* 2004; 14 (3): 152-156.
36. Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Q* 1966; XLIV (3): 94-127.
37. Rosenstock IM, Strecher JV, Becker HM. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 1988; 15 (2): 175-183.
38. Strecher JV, Rosenstock MI. The Health Belief Model. En: Glanz K, Frances ML. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. 2a. Ed. San Fco. California: Hand Book Printing. 1997: 41-49.
39. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 1997; 39 (6): 546-553.
40. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del cuánto al porqué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997; 39 (6): 442-450.
41. Abellán GA. Por qué los mayores no utilizan la ayuda formal (y 2) Multi. *Gerontol* 1999; 9: 183- 187.
42. Torres M. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: representaciones sociales. *Dossier* 2002; (2): 35-44.
43. Cáceres D, Silvetti F, Soto G, Ferrer G. Las Representaciones Tecnológicas de Pequeños Productores Agropecuarios de Argentina Central. *Desarrollo Rural y Cooperativismo Agrario* 1999; 3: 57-79.
44. Jodelet D. La representación social: fenómenos conceptos y teorías. En Moscovici S. *Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós. 1986.
45. Morse JM. Designing Founded Qualitative Research. En: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks. SAGE. 1994: 220-235.
46. Leininger M. *Culture Care Diversity and University: a theory of nursing*. Canada: National League for nursing. 2001: 5-71.
47. Benjumea C. Características de la Investigación Cualitativa y su relación con la enfermería. *Inv y Educ en Enfermería* 1997; 15 (2): 13-24.
48. Strauss A, Corbin J. *Grounded Theory Methodology: an Overview*. En: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA: SAGE. 1994: 273-285.
49. Amescua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Esp Salud Pública* 2002; 76 (5): 423-436.
50. González AJ. *Aprendamos a envejecer sanos*. Manual de autocuidado

y educación para la salud en el envejecimiento. 2ª Ed México: Costa-Amic Editores. 1988: 28-30.

51. Fry CL. Age, Aging, and Culture. En Binstock RH, George LK. Handbook of aging and the social sciences, 4th edition. London: Academic Press Limited. 1996: 117-136.

52. Piñón PM. Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación. [Tesis doctoral en Antropología]. España: Universitat Rovira i Virgili. Departament d' Antropologia Social i Filosofia de la Facultat de Lletres. Septiembre 1999.

53. Hernández GE. Representaciones Sociales de los Ancianos sobre el Proceso Salud-Enfermedad-Atención. X Congreso de Investigación en Salud Pública. 1 al 7 de marzo 2003. [Citado: Noviembre 2004]; Conferencia TL154: [22 pantallas] Disponible en: <http://www.insp.mx/xcongreso/libres.php>.

54. Ronzón HZ. El anciano ante la falta social y de salud. En: Vázquez PF. Contando nuestros días: un estudio antropológico de la vejez. México: CIEASAS; 1993: 59-87.

55. Dabed MA. Representaciones Sociales del Envejecimiento en

paramédicos mayores de 55 años de un establecimiento de Salud Pública. Tiempo: El portal de psicogerontología [serie en Internet]. 2004 Oct. [Citado Feb 2005]; 15: [15 p]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/mena.htm>

56. Caballero GF. Problemática dental en la vejez. Geriatrika 1996; 12 (1): 13-18.

57. Bryant LI, Corbett KK, Kutner JS. In their own words: a model of healthy aging. Soc Sci Med. 2001 Oct; 53: 927-41

58. Gómez CS, Medina MM, Quenza GA. Prácticas y Creencias en Salud de los ancianos del Municipio de Arauca. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Bogotá. Carrera de Enfermería. 2002.

59. Gilabert MM. Aprendizaje Social de Albert Bandura. España: Universidad de Valencia; 2004: 1-13.

60. Escudero SM, Salan GM, Pérez JA, González LE, Sánchez GF, Fernández CN, López MI, López LM. Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. Mult Gerontol 1999; 9: 154-160.