

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

**MODELO INNOVADOR DE CUIDADO PARA EL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE A CENTROS COMUNITARIOS ENFOCADO A LA
SALUD MENTAL**

POR:

L.E. KAREN DENIS GARCÍA DOMÍNGUEZ

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

CHIHUAHUA, CHIH., JUNIO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA



TESIS

**MODELO INNOVADOR DE CUIDADO PARA EL ADULTO MAYOR
QUE ASISTE A CENTROS COMUNITARIOS ENFOCADO A LA
SALUD MENTAL**

POR:

L.E. KAREN DENIS GARCÍA DOMÍNGUEZ

DIRECTOR:

DCE. CARLOS ALBERTO SALAZAR MORENO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CHIHUAHUA, CHIH., JUNIO, 2023



Modelo innovador de Cuidado para el Adulto Mayor que Asiste a Centros Comunitarios Enfocado a la Salud Mental, Tesis presentada por **L.E. Karen Denis García Domínguez** como requisito parcial para obtener el grado de maestría en Enfermería, ha sido aprobada y aceptada por:

DCE. Carlos Alberto Salazar Moreno

Director

Dra. Luz Verónica Berumen Burciaga

Co asesora

DCE. Paola Lizeth Flores Garza

Asesora

DCE. Benito Israel Jiménez Padilla

Revisor

DCE. Claudia Yanet Fierro Herrera

Secretaria de Investigación y Posgrado

AGRADECIMIENTOS

La conclusión de esta tesis y en general del proceso de maestría se debe en parte al apoyo de la Universidad Autónoma de Chihuahua y a toda la plantilla docente que fueron guía y apoyo para el aprendizaje de conocimientos valiosos para lograr esta meta previamente propuesta.

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías por la beca otorgada para el inicio y conclusión de mis estudios en el programa de Maestría en Enfermería.

Al DCE. Carlos Alberto Salazar Moreno por ser guía, apoyo y motivación durante toda mi formación en el posgrado, así como en el desarrollo del presente trabajo.

Al comité de investigación, encargado de tutorar y dedicar parte de su tiempo para el desarrollo y logro de este modelo de cuidado con toda su paciencia y aportes de gran valor para lograr esta meta.

DEDICATORIA

A mi familia, en especial, a mis padres, quienes fueron mi motor para lograr mi superación personal a través del curso de esta maestría, por su amor, comprensión y consejo que indudablemente fue el mejor impulso para iniciar y permanecer en esa aventura.

RESUMEN

Introducción: El cuidado de la dimensión mental del adulto mayor se considera imprescindible para aumentar su bienestar y calidad de vida, dicho aspecto es poco considerado debido a la falta de conocimientos para abordar esta parte tan importante por parte de los cuidadores y el círculo cercano al adulto mayor. **Objetivo:** Desarrollar habilidades y actitudes en los cuidadores para mejorar el cuidado brindado al AM en cuanto a su SM, además, brindar herramientas para que el AM desarrolle habilidades para cuidar de su SM. **Metodología:** consta de dos fases: *estudios de campo*, mediante la inmersión a la realidad se obtuvieron datos a través de técnicas cuantitativas y cualitativas que brindaron elementos para el cuidado del AM en cuanto a su SM, además, se realizó investigación documental para justificar los datos encontrados; *propuesta del modelo*, mediante la reflexión, análisis e investigación documental de dichos hallazgos surgen las áreas de oportunidad a incidir y con ello el planteamiento de las estrategias y evaluación de las mismas. **Resultados:** El modelo se centró en el conocimiento y actitudes de los cuidadores respecto a temáticas para el cuidado del AM y la SM específicamente en esta etapa, además, se buscó empoderar al AM mediante la reflexión del proceso que experimenta y de herramientas para el autocuidado de la salud mental. **Consideraciones finales:** El modelo se diseñó por la necesidad que el AM presenta en su desarrollo diario con respecto a su SM, por lo que, esta propuesta queda a la disposición de ser complementada y/o modificada para manejarse en distintos contextos y tiempos.

Palabras clave: Cuidado; Adulto Mayor; Salud Mental; Estrés; Apoyo Social.

ABSTRACT

Introduction: The care of the elderly in terms of the mental dimension is considered essential to increase well-being and quality of life, an aspect little considered due to the lack of knowledge to address this important part on the part of caregivers and circle close to the elderly persons. **Objective:** To develop skills and attitudes in caregivers to improve the care provided to the elderly in terms of their mental health, as well as to provide tools for the elderly to develop skills to take care of their mental health.

Methodology: it consists of two phases: field studies, through immersion in reality, data were obtained through quantitative and qualitative techniques that provided elements for the care of the elderly in terms of their mental health, in addition, documentary research was conducted to justify the data found; proposal of the model, through reflection, analysis and documentary research of these findings, the areas of opportunity to influence arise and with it the proposal of strategies and their evaluation. **Results:** The model focused on the knowledge and attitudes of caregivers regarding the care of the elderly and mental health specifically at this stage, and also sought to empower the elderly through reflection on the process experienced and tools for self-care of mental health. **Final considerations:** The model was designed because of the need that the elderly presents in their daily development with respect to their mental health; therefore, this proposal is available to be complemented and/or modified to be used in different contexts and times.

Keywords: Care; Elderly; Mental Health; Stress; Social Support.

INDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Metodología	4
3. Acercamiento a la Realidad	8
4. Modelo Innovador de Cuidado	27
4.1. Soporte Teórico-Referencial	27
4.2. Justificación	36
4.3. Objetivos	38
4.4. Esquema del Modelo	39
4.5. Descripción del Esquema del Modelo	40
4.6. Conceptualización de los Elementos y Atributos del Modelo	41
4.7. Estrategias de Implementación del Modelo	45
5. Evaluación del Modelo Integral	47
6. Consideraciones Éticas	49
7. Consideraciones Finales	51
8. Bibliografía	52
9. Anexos	64

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema de acercamiento a la realidad

Página

8

Figura 2. Esquema del modelo de cuidado

39

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería desde sus inicios lleva implícito el cuidado como la distinción y justificación que su ejercicio aporta a la sociedad, no obstante, en la actualidad el cuidado de enfermería ha mostrado áreas de oportunidad, debido a los entornos y condiciones cambiantes en los que se desarrolla, por lo que el profesional de enfermería se ve limitando a no poder llevar una práctica ideal en la interacción con las personas a las que cuida (Yáñez et al., 2021; Beltrán, 2016).

En este panorama, los Modelos de Cuidado son considerados como una herramienta fundamental para mejorar la práctica de enfermería, entendiendo que estos son definidos como el proceso de cuidado que se estructura de manera conceptual, metodológica y filosófica, y a su vez, argumenta de manera científica el procedimiento para desarrollar un cuidado específico y con ello la génesis de nuevos conocimientos que fortalecen la profesión (Kuerten & Lenise, 2008).

De esa manera, este proyecto pretende desarrollar un Modelo de Cuidado dirigido a la población Adulto Mayor (AM) enfocado principalmente en aumentar o mantener su Salud Mental (SM), y con ello, contribuir a un envejecimiento exitoso que ayude a disminuir complicaciones derivadas de la alteración en las esferas mental, social y física. La literatura señala que el AM pertenece a la población vulnerable debido a su mayor morbilidad en cuanto a la dimensión física por la presencia de las Enfermedades No Transmisibles y los Síndromes Geriátricos, además en el ámbito mental se desarrollan algunas alteraciones como la depresión, ansiedad y estrés aumentando gradualmente la dependencia, es por ello, que es imperativo el desarrollo de planes de acción para brindar una atención y cuidado adecuado, y, con ello asegurar una calidad de vida en el día a día así como en años posteriores (Zambrano-Calozuma & Estrada-Cherre, 2020).

Como transición, el envejecimiento incluye cambios a nivel fisiológico y psicológico, pero también, aparecen alteraciones en el aspecto social, ya que, en este proceso el AM experimenta una interacción distinta con la sociedad en comparación a las etapas posteriores, pues, el tomar un rol diferente al que se experimentó a lo largo de la vida impacta de manera negativa en aquellos AM que carecen de herramientas para

afrontar de manera eficaz este tipo de acontecimientos generando estrés y con ello incrementa las necesidades de dependencia en sus diferentes esferas (Esmeraldas et al., 2019).

Es por ello que la iniciativa de envejecimiento exitoso en contextos cercanos al AM fomenta la disminución de las secuelas que las enfermedades presentes en ellos pueden ocasionar, o bien, prevenir su desarrollo con antelación, también, mantiene estables las capacidades cognitivas y fisiológicas, y a su vez, promueve relaciones interpersonales más asertivas, constructivas y de apoyo para el AM (Torres-Hernández & Arias-López, 2018).

Es así como el cuidado al AM requiere de una visión amplia para reconocer al individuo en un contexto en constante evolución, y por ende, con necesidades cambiantes respecto a lo experimentado durante el ciclo vital, también, se precisa de conocimientos para lograr identificar dichas necesidades y proponer respuestas inmediatas y eficaces sustentadas en metodología científica para causar un impacto positivo tanto en la persona cuidada como en la proyección de la profesión ante la sociedad (Sánchez, 2016).

Para comenzar, este modelo propuesto se justifica por el trabajo de campo hecho en las Residencia 1 (R1) y Residencia 2 (R2), así como también, por las investigaciones documentales hechas a lo largo de la maestría, las cuales, ayudan a nutrir con sustento teórico el desarrollo y propuesta que a continuación se desglosará de manera amplia en cada uno de sus apartados.

La R1 se explica como aquel estudio de campo conducido bajo un enfoque deductivo, donde se indagaron puntos importantes a tratar con respecto a una teoría previamente analizada y de interés acorde a la temática de este proyecto, esto mediante instrumentos de medición, entrevistas semiestructuradas y con el apoyo de la observación participante obteniendo como resultado elementos bases iniciales para esta propuesta.

Seguida de esta, la R2 se manejó bajo un enfoque inductivo, donde se hizo uso de entrevistas a profundidad para conocer aspectos de interés respecto a lo analizado previamente en un estado del arte desarrollado durante esta misma residencia, pero siempre girando en torno a la temática principal de este modelo.

Luego de un análisis y síntesis respecto a ambas residencias se obtiene el acercamiento a la realidad, el cual, detalla el contexto y los problemas que el AM y los cuidadores experimentan tomando dichas experiencias como áreas de oportunidad para la propuesta de este modelo, y con ello, se desarrolló la justificación y esquematización, así como también, aquellas estrategias que se consideraron pertinentes para actuar en los puntos encontrados.

Por último, la evaluación de este modelo se redactó con base a las estrategias propuestas, conteniendo una evaluación inicial como el comienzo para una posterior implementación, también, se propone una evaluación durante la aplicación de las estrategias y se considera una evaluación final para obtener la viabilidad y éxito de la posible implementación de este modelo.

2. METODOLOGÍA

El procedimiento para llevar a cabo este modelo innovador de cuidado constó de dos fases que incluyen estudios de campo correspondientes a la R1 y R2, así como también, se apoyó de investigación documental constante durante todo el proceso que en conjunto permitieron la identificación de elementos para la construcción de un modelo innovador de cuidado para el AM que asiste a centros comunitarios enfocado en su SM. Esto se describe de la siguiente manera:

2.1 Primera fase: Estudios de campo

Esta fase consta de dos estudios de campo correspondientes a ambas residencias, el primero se llevó a cabo bajo un enfoque deductivo realizado en un centro comunitario para el AM de la ciudad de Chihuahua, donde se seleccionaron dos modelos referentes los cuales sirvieron como guía de apoyo para tener una visión clara y completa de la realidad que se buscó identificar durante la R1 para así transitar de una realidad llena de incertidumbre, a la identificación de aspectos que fueron de interés para lograr la identificación del modelo prevalente.

Dichos referentes fueron la teoría de la Autotrascendencia propuesta por Pamela Reed (1991; 2018), la cual es una Teoría de Rango Medio, que tuvo su origen a partir del interés por comprender cómo las personas trascienden la adversidad, así como también, la relación entre el desarrollo psicosocial, salud mental y bienestar. Su principal objetivo es dar camino para la investigación y la práctica con respecto a la promoción del bienestar en medio de situaciones difíciles de la vida; tomando los tres conceptos de dicha teoría que son 1) Autotrascendencia, 2) Bienestar y 3) Vulnerabilidad (Reed, 2018).

El segundo referente seleccionado fue el modelo de la Inteligencia Emocional desarrollado por Mayer y Salovey (1990;2011), del cual se seleccionó el concepto principal: Inteligencia Emocional, que explica cómo es que las emociones pueden apoyar en la resolución de problemas facilitando la adaptación al contexto personal que está en continuo cambio (Fernández & Extremera, 2005).

Ambos referentes fueron analizados para derivar de ellos una entrevista semiestructurada que constaba de 10 preguntas para el AM y 6 para los cuidadores, así

como también, se hizo uso de la observación participante y apoyo de todos los sentidos para identificar de manera completa las situaciones que se presentaron, otra herramienta fue el uso del diario de campo, objeto útil para la recolección de datos, al igual que la aplicación de instrumentos validados en el AM respecto a la salud mental, autotrascendencia e inteligencia emocional, así como también, una cédula de datos para contextualizar los resultados.

El análisis de los datos en este primer estudio se llevó a cabo de dos maneras, para las técnicas cualitativas (instrumentos validados) se empleó el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows arrojando resultados descriptivos y correlacionales. Por otra parte, para el análisis de las técnicas cualitativas (entrevistas) se realizó un proceso de codificación y categorización para obtener datos relevantes con respecto al objetivo inicial del estudio.

El segundo estudio de campo se realizó bajo un enfoque inductivo en un centro comunitario para el AM en la ciudad de Chihuahua, lugar distinto del visitado en la R1, en esta realidad se buscó profundizar más respecto al fenómeno de estudio, por lo que, se empleó la entrevista a profundidad guiada por dos preguntas detonadoras, una para el AM y otra para los cuidadores hasta llegar a la saturación de los datos, dichas entrevistas fueron realizadas en un espacio previamente gestionado por la institución y fueron grabadas para su posterior análisis, obteniendo datos empíricos que fueron analizados mediante la transcripción, lectura, codificación, relectura y recodificación de dichos datos para más adelante obtener un resultado de 200 códigos que se recopilaron según su afinidad teniendo como resultado final 4 categorías y 15 subcategorías.

Para sustentar de manera teórica este segundo estudio se realizó un estado del arte, el cual, busca obtener información concisa sobre lo que se sabe, lo que se ignora y lo que aún está por descubrirse. Para realizar este tipo de investigación documental se requiere desarrollar dos fases importantes: 1) Heurística y 2) Hermenéutica, cada una de ellas cumplen con una función específica para la construcción del estado del arte. La heurística se refiere como tal a la búsqueda de la literatura haciendo uso de palabras clave de interés, así como también, el uso de operadores boléanos que pueden ayudar a obtener mejores resultados, de manera que, posterior a dicha búsqueda se llevará a cabo la sistematización

de los documentos de importancia. Seguido de esto, tenemos la hermenéutica, la cual se traduce como capacidad de analizar, reflexionar e interpretar una realidad mostrada, o bien, la información recabada (Londoño et al., 2016).

De esta manera, para desarrollar la hermenéutica se hizo uso de diferentes bases de datos como: 1) Pubmed, 3) Redalyc, 4) Dialnet, 5) LILACS y 6) Fundación Index, así mismo se empleó el buscador electrónico Google Académico. Los descriptores de salud (DeCS) usados en español para la consecución de este trabajo fueron Adulto Mayor, Salud Mental, Estrés, Familia, Capacidad Funcional, Redes de Apoyo, Autotrascendencia, Cuidado de enfermería y Participación Social, mientras que en inglés fueron Aged, Elderly, mental health, Stress, Psychological Stress, Family, Functional Capacity, Social Support, Selftrascendence, Nursing Care y Social Participation. Así como también, los operadores boléanos usados durante toda la búsqueda fueron AND y OR.

El total de artículos arrojados para realizar la recopilación, a través del uso de los anteriormente mencionados descriptores y operadores boléanos, fueron 138 artículos, de los cuales variaron ente idioma español, inglés y portugués. Para realizar el estado del arte 43 artículos fueron excluidos mientras que 95 fueron seleccionados y solo 31 fueron empleados para su posterior interpretación llevando a cabo el proceso de la hermenéutica.

Para dar seguimiento, se realizó un análisis de los resultados obtenidos en ambos estudios de campo identificando elementos que mostraran las áreas de oportunidad a incidir por el personal de enfermería para luego desarrollarlas en la propuesta de modelo. Dicho análisis se detallará adelante como el acercamiento a la realidad, donde se emplearon varias claves para proteger la identidad de los participantes, para los *adultos mayores* se tomaron las iniciales AM seguido del número de participante, ej. AM1, AM2. Para los cuidadores informales se usaron las iniciales CI seguido del número asignado, ej. CI1, CI2. Y, por último, para los cuidadores formales se representó con CF y su respectivo número, ej. CF1, CF2.

2.2 Segunda Fase: Propuesta del modelo.

Para iniciar, esta fase surge de los resultados descritos anteriormente, y, con ello se realizó la reflexión y análisis de dichos datos para identificar las áreas de oportunidad a

incidir y dar paso a la teorización de los componentes que fueron de interés. Una vez justificada dicha propuesta, se procedió a plantear objetivos en función de lo que se pretende llegar con este modelo, además, se esquematizó la idea del modelo de cuidado a través de elementos relevantes y significativos para representar la respuesta que se pretende dar a las necesidades encontradas incluyendo su descripción como esquema en general y conceptualización de cada una de sus partes.

Posteriormente, se plantearon las estrategias que serían el apoyo central para llevar a cabo esta propuesta de modelo delimitadas por las actividades correspondientes para cada una, así como también, se llevó a cabo la evaluación, tomando en cuenta una evaluación inicial, durante y al finalizar la implementación de las estrategias propuestas.

3. ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

Los hallazgos encontrados en el acercamiento a la realidad muestran las experiencias personales y la percepción del AM respecto al cuidado recibido, mientras que en los cuidadores expone el cuidado y las habilidades desarrolladas en el contexto de la atención al AM. Dichos datos fueron resultado de la codificación y categorización realizada a través de los hallazgos obtenidos durante la R1, la R2 y el estado del arte, los elementos para poder realizar la descripción de este acercamiento a la realidad son los que presentamos a continuación:

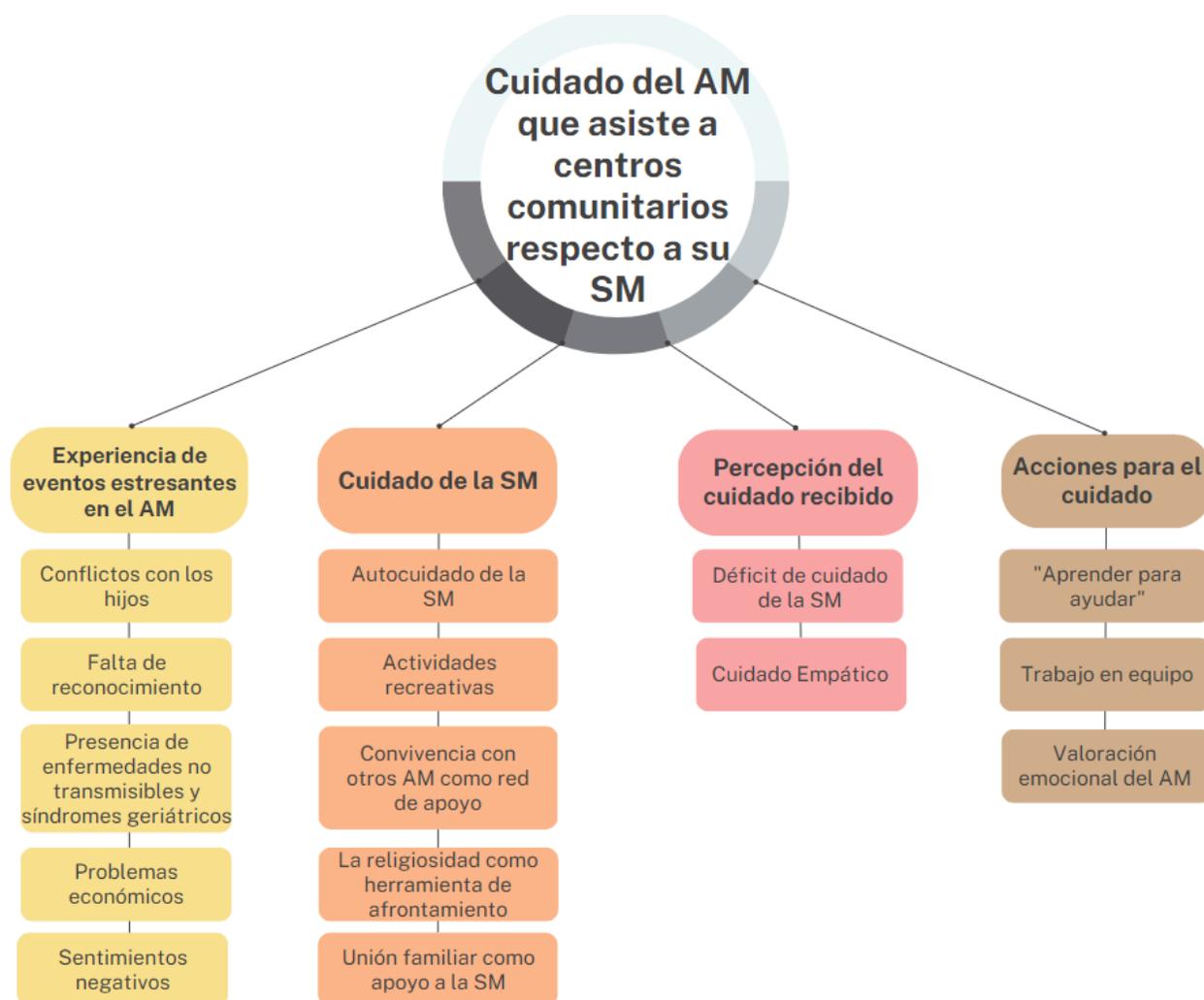


Figura 1. Esquema de acercamiento a la realidad

3.1 Experiencia de Eventos Estresantes en el Adulto Mayor.

Para adentrarnos en esta realidad definimos esta categoría como aquellos acontecimientos que generan molestia, preocupación, mortificación o agobio y se realizan en mayor medida durante la vejez, al ser experiencias negativas y experimentarse de forma repetida, estos repercuten directamente en el desarrollo personal y social del AM afectando su salud mental; de ella surgen cinco subcategorías.

3.1.1. *Conflictos con los hijos.*

Son aquellos sucesos que ocurren dentro del seno familiar y desencadenan en el AM sentimientos de disgusto, preocupación e inconformidad que a la larga afectan su capacidad mental y física, y, ejemplo de ello mostramos como datos empíricos los siguientes:

“yo soy sola y solo mi hija vive conmigo y sus dos niñas, y pues a veces hay conflictos con ella [...] ya tengo más del mes que no le hablo”. (AM1)

“[...] y aparte, el hijo de ella, Rafita, del que le platico, viene mucho con nosotros, y luego tiene problemas de drogadicción, son dos nietos los que tienen ese problema, Rafita y Uriel, [...] y me dicen que no mortifique, que no me meta en problemas que no me corresponden ¡pero oiga!, son mis niños, no puedo”. (AM4)

“[...] tengo un hijo que es drogadicto, y ese nomás le falta su droga, no es agresivo ni nada, sino que ¡uf! No le puede decir uno nada porque luego luego se enoja, ese es el mayor problema que tengo”. (AM2)

“[...] mi hija empezó a salir y decía ¡ay vengo!, y en ese ay vengo, ya no venía hasta el otro día a las 2 de la tarde, y pues abusa porque yo me preocupo mucho por ella y ni siquiera avisa que está bien, viva”. (AM3)

“[...] a diario peleo con quitarme el recuerdo de mis hijos, es lo único que me afecta, ahorita no me afecta nada más”. (AM10)

“[...] sí, generalmente yo pienso que es por la familia y por la forma de vivir de cada uno, y yo pienso que de ahí vienen todos nuestros problemas, por la forma de vivir de cada familia”. (C11)

“Se observa que el AM muestra preocupación constante por su familia y los afecta a tal grado de no sentirse felices o plenos, e incluso, algunos manifiestan vivir violencia (psicológica y económica) por parte de sus hijos o familiares”. (DC)

Para Villaroel et al. (2017) explican que el aumento de la calidad de vida y por ende el aumento en los años vividos da paso a una convivencia generacional en las familias, donde los más jóvenes no se comprometen con las obligaciones físicas, emocionales y económicas con sus padres o abuelos, lo cual, encamina al aislamiento y maltrato del AM al olvidar las necesidades que también ellos pueden presenciar potenciando el riesgo de abandono familiar. De la misma manera, un estudio realizado en Ecuador explica que los AM expresaban no contar con una buena relación entre los integrantes de la familia, especificando que existía una mala comunicación y abandono, de esta manera, las personas que tienen sentimientos de soledad y/o exclusión están encaminadas al declive de su salud, emociones y calidad de vida (Andrade et al., 2017; Iraizoz et al., 2022).

3.1.2. Falta de reconocimiento.

Y, por otro lado, también tenemos esta subcategoría que se considera como aquellas situaciones en las que el AM realiza esfuerzos por mantener su autonomía y un rol activo dentro de su entorno familiar o social, sin embargo, él identifica que dichos esfuerzos no son reconocidos por parte de quien convive con él, los datos empíricos lo respaldan de la siguiente manera:

“[...] antes yo le hacía a mi hija [...] comida, yo lavaba trastes, y andaba muy activa, y ahorita no muevo ni un plato, te cansas cuando ves que no hay agradecimiento o reconocimiento”. (AM1)

“[...] saber eso (problemas de drogadicción) me puede y por más que quiero ayudar y no puedo hacer nada, porque mis hijas me dicen que no me meta porque eso lo solucionan ellas”. (AM4)

“[...] y luego pues son sus hijos, que las vea como ella quiere y pues yo ya no voy a decir nada porque dices algo y me dice tú no les digas nada, pero y entonces ¿cuál es mi papel?” (AM1)

“[...] fue como vine a dar otra vez aquí, pero nomas a hacer corto circuito con don Héctor, porque le sugería cosas para hacer y no le importaba o me decía que lo hiciera yo, lo que yo hiciera no le importaba”. (AM3)

De esta manera Techera et al. (2017) realizaron un estudio donde los AM entrevistados mencionan sentir que en el contexto actual en el que se desenvuelven no hay lugar para ellos, así como también, expresan sentimientos de inutilidad en su ambiente familiar, pues se sienten desvalorizados al experimentar que sus opiniones no son consideradas como antes.

3.1.3. Presencia de enfermedades no transmisibles y síndromes geriátricos.

Esta subcategoría se define como el desarrollo de alteraciones fisiológicas que concluyen en la aparición o presencia de enfermedades o síndromes que afectan la funcionalidad del AM, el cual, puede desarrollar sentimientos negativos derivado de las complicaciones y limitaciones derivadas de estas experiencias presentes en su día a día; dicho esto, el AM expone lo siguiente:

“[...] a lo mejor si me hubiera clavado mucho cuando me dijeron que tenía diabetes quién sabe cómo anduviera, verdad, pero no”. (AM2)

“no me gusta mucho cuidarlos (nietos) porque batallo mucho [...] luego ahora que me duele una rodilla pues es más difícil”. (AM4)

“[...] una madrugada me levanté al baño y me caí de la cama sin poderme levantar, luego al otro día me volví a caer y ya andaba recogiendo y quise colgar un suéter y se me doblaron las piernas y me golpeé la cabeza y otras partes”. (AM1)

“[...] me ha deteriorado a mi mucho, todo, al darme diabetes, la vista, y, este, pues todo se me complicó (colesterol, hipertensión y tiroides), y luego últimamente estoy un poquito más olvidadiza”. (AM6)

“[...] mira yo tengo un riñón y estoy en tratamiento y ahí ando echándole ganas para que funcione”. (AM9)

“No pues yo estoy enfermo de muchas cosas, de las rodillas, hasta el corazón en ocasiones, del riñón, yo creo que de la próstata también estoy [...] comprendo que mi cuerpo ya está viejo, ya no aguanta mucho”. (AM8)

“Hay AM que asisten al centro asistidos por dispositivos de apoyo como andadores, bastones y en algunos casos acompañados por algún hijo o nieto”. (DC)

Dicho esto, el envejecimiento es un proceso que implica un deterioro funcional progresivo, en el cual, es más complicada la adaptación en sus entornos e incrementa el riesgo de enfermedades propias de la edad como las Enfermedades No Transmisibles, dichas alteraciones pueden ser factor potencial en la disminución de la autonomía, promover el aislamiento y hacer más susceptible al AM al estrés ocasionando una mayor preocupación y malestar. A su vez, durante la tercera edad se caracteriza por la aparición de los síndromes geriátricos que aumentan la vulnerabilidad física del individuo, incrementando el riesgo de presentar caídas, predisponiéndolo a una hospitalización y/o institucionalización temprana e inclusive la muerte del AM (Esmeraldas, 2019; Navalón & González-Moro, 2020).

3.1.4. Problemas económicos.

Este segundo componente se considera como todas aquellas dificultades financieras presentes en el desarrollo e interacción del AM que fomentan sentimientos de incertidumbre y aislamiento social por falta de dicho recurso, los participantes mencionan al respecto lo siguiente:

“entonces como te digo, me entretengo y sale un centavito más y de todo [...] a pesar de que tengo una pensión muy baja pues me apoyo de trabajitos extra del tejido y es que se puede, es lo que les he enseñado a mis hijos que se puede decentemente”. (AM1)

“[...] algunos vienen los miércoles porque es cuando se organiza el desayuno y hay que traer para 10 a 12 personas, entonces yo les dije que mi estatus social no me lo permitía, con lo que yo gasto eso, almuerzo toda una semana”. (AM3)

“[...] pos yo no tengo dinero, pero bendito Dios que mis hermanos son buenos y todo y ellos me mandan”. (AM1)

“Hay AM que expresan un gusto por asistir toda la semana al centro, pero se les dificulta su asistencia diaria por cuestiones económicas en los traslados de su casa a dicho lugar”. (DC)

Para ello Vargas-Santillán et al. (2017) explican que la evaluación de la propia salud está condicionada por varios factores como los 1) Físicos, donde es importante la

autonomía y funcionalidad, 2)Económicos, como el tener una buena estabilidad financiera, estar activo en el ambiente laboral y/o contar con una pensión que le dé seguridad y tranquilidad al AM, y 3)Sociales, que contempla el no vivir solo, tener redes de apoyo y evitar pasar tiempos prolongados en casa; el AM percibe una buena salud cuando tiene la capacidad de realizar actividades por sí mismo como el trabajar para tener una independencia económica. La adultez no solo contempla el ganar más edad, sino, también es significado de la disminución de oportunidades laborales y exclusión en el área social, esta concepción posiciona al AM como individuo vulnerable viéndose obligado a trabajar y generar algún ingreso por mínimo que sea obteniendo una ganancia que solo logrará cubrir las necesidades diarias y no a largo plazo (Núñez et al., 2019).

3.1.5. *Sentimientos negativos.*

Este último componente se define como el resultado de todas aquellas experiencias perjudiciales tanto personales como sociales que fomentan la incapacidad emocional y física. Los datos empíricos arrojan las siguientes expresiones:

“[...] últimamente, no sé si es depresión (se le quiebra la voz), o no sé, pero llego a la casa y me da sueño, llego de aquí y me acuesto, me levanto y como, y me vuelvo a acostar, y pues ya en la noche estoy de que no puedo dormir”. (AM1)

“como que tiene uno temporadas de que se va para abajo, no sé si tenga que ver el sueño [...] y hasta los días muy fríos o nublados”. (AM3)

“hace poquito me mandaron a hablar de mi trabajo y la verdad siento que yo ya no podría [...] es un trabajo de mucha responsabilidad y de mucho pensar pues me daría miedo porque no me siento ya capaz”. (AM4)

“aquí la soledad es lo más común, los ves (AM) y ellos vienen, no importa que no aprendan, no importan que no nada, pero con tal de venir y sentarse, [...] porque a estas alturas la verdad yo sí he visto en la gente mayor mucha soledad, esa es una de las broncas que tenemos”. (AM7)

El sustento teórico explica que los procesos asociados con el envejecimiento producen sentimientos negativos como la inutilidad, carga y aislamiento que a su vez resultan en un sentimiento de soledad, este sentimiento se relaciona directamente con la

tristeza resultando como factor de riesgo para padecer enfermedades mentales, depresión y consumo de sustancias psicoactivas o alcohol afectando así la calidad de vida del AM, a su vez, existe presencia de estados afectivos negativos y baja autoestima que no son propios de esta etapa, pero están influenciados por creencias culturales de la sociedad hacia estas personas durante el envejecimiento, estos se muestran no aceptados por exponer en cierto grado pérdida de la funcionalidad y tener limitantes en el manejo de los cambios tecnológicos (Chaparro et al., 2019; Armas et al., 2019).

3.2. Cuidado de la salud mental.

Esta tercera categoría es considerada como aquellas acciones intencionadas para la atención de la dimensión mental en el AM, que, promueven un desarrollo pleno y favorecen la salud en todas sus esferas, esta se compone por cinco subcategorías que describen con mayor amplitud su significado.

3.2.1. Autocuidado de la salud mental.

Dicho elemento se define como aquellas acciones encaminadas a mejorar la paz, la armonía y el manejo de las emociones en el AM dentro de contextos amenazantes para su salud mental y bienestar. Los participantes exponen los siguientes comentarios:

“[...] le digo a mi hija que lo que es la limpieza y el arreglo personal tienen que ver mucho con los ánimos de la persona, le digo, si tú te encuentras toda triste y apachurrada, báñate, cámbiate y píntate y se te cambia todo eso, le digo, esa es muy buena terapia para la gente que está toda deprimida o apachurrada, y si funciona”. (AM2)

“[...] yo soy positiva, y ya entendí que qué bueno que se fuera mi hija porque no había paz en esa casa y pues es para que ella sea feliz y yo también, y ahora duermo ¡tan a gusto! (risas)”. (AM3)

“ya llega el momento en que uno busca su privacidad [...] yo soy de esas personas que no le gusta andar metida en chismes y todo eso, entonces es bonito tener su distancia y a la vez respetarnos unos a otros”. (AM1)

“[...] pues me alejé de ellos (personas que le causan problemas) y les pido alguna explicación para ver si cambian, pues mira estás mal en esto o eso está mal y si no me hacen caso mejor me retiro”. (AM8)

“[...] estoy agarrando una costumbre de poner en YouTube meditación de 10 a 15 minutos y de veras sirve para que el día sea más agradable y me la paso bien”. (AM10)

“la educación para la salud como herramienta [...] tiene que ir más allá, yo la veo más como un proceso donde empoderamos a las personas”. (CF1)

En este tenor, Vargas et al. (2020) mencionan que el autocuidado se conceptualiza como la habilidad de identificar las propias necesidades y actuar en ellas mediante acciones intencionadas que regulen el funcionamiento y desarrollo personal, de esta manera, cuando los AM aprenden y desarrollan el autocuidado se convierte en prácticas cotidianas que benefician su salud y bienestar, por lo que, esta praxis comienza por el amor propio, es decir, el querer y respetarse para así poder cuidarse, a su vez, esta puede ser modificada por las creencias, hábitos y costumbres del entorno cercano a ellos, a su vez, pueden ser perjudicadas por la edad y estado de salud, por lo que, el aumentar los conocimientos en el AM sobre bienestar, promoción de conducta y control y reducción de factores de riesgo son claves para mejorar las acciones de autocuidado (Velis et al., 2018).

También, la literatura explica que el autocuidado precisa de aspectos fundamentales como lo es el empoderamiento, el cual, promueve el interés por aprender y fomenta la realización de prácticas centradas en el autocuidado buscando promover que los AM actúen de manera positiva en cuanto a su salud, a su vez, promueve sentimientos de poder y autonomía para la toma de decisiones que mejoren la salud y bienestar, y, por ende, la calidad de vida (Guzmán-Olea et al., 2017).

3.2.2. Actividades recreativas.

El segundo componente en esta categoría se define como aquellas acciones encaminadas a promover la distracción, convivencia y desarrollo de las habilidades socioemocionales en entornos cercanos al AM, los datos empíricos que nos ayudan a comprender esta subcategoría son los siguientes:

“ahora que ha habido eventos del club si salimos porque mi esposo también está afiliado [...] yo sí deseaba un lugar así para salirme porque ahorita tengo 3 años que no trabajo y busco algo para estar haciendo porque también nomas estar en la casa y sin trabajar pues cansa”. (AM4)

“llego aquí y pues muy contenta porque según yo les doy clase de tejido y entonces vienen las señoras y pues me gusta porque dos de ellas no sabían ni agarrar el gancho y ahorita ya hasta se hicieron dos suéteres cada una [...] y pues eso me motiva entonces”. (AM1)

“le tomé la palabra y me vine con unos monitos de estambre, la corona que está ahí e invité a todos los que quisieran de 60 años y más a hacer ese tipo de manualidades [...] y luego empecé a traer figuras de yeso también”. (AM3)

“tengo 3 trabajos, en uno voy 2 días de la semana y en los otros el día que me hablen y el resto de los días los ocupo para la lavadera y planchadera y todo eso [...] me dicen (hijos) que deje de trabajar, pero yo le digo que no es en sí el dinero, sino, que a mí me sirve de distracción, aunque sea para salir en el camión a dar la vuelta, y pues ya se distrae uno”. (AM2)

“[...] yo tomo clases de natación desde hace años, eso me permite de gozar de buena salud, y la música, me gusta la música”. (AM5)

“[...] el meditar y el yoga también me gustan, aparte, en mi casa tengo bastantes libros, me gusta mucho leer, a veces hasta la biblia agarro y la leo en partes”. (AM10)

“[...] los talleres les ayudan mucho, tratamos de tener talleres que se puedan tener todo el día para que ellos mantengan su mente ocupada, porque, pues la visión de este centro es que el adulto mayor esté desarrollado y activo, el venir a practicar una actividad o algún taller ya sea físico, cultural o musical les ayuda netamente”. (CI5)

“Cada miércoles, las cuidadoras informales hacen reuniones informativas para AM de nuevo ingreso, y es ahí donde ellas los alientan a ser constantes en su asistencia y fomentan en ellos la inclusión a las diferentes actividades con las que cuenta el centro”. (DC)

“Se observó que el AM mantiene su salud mental asistiendo a los talleres y las actividades que ofrece el centro”. (DC)

El sustento teórico explica que en la actualidad hay grupos de AM que promueven la actividad físico-comunitaria fomentando mejores condiciones de vida como físicas y psicológicas, de esta manera se aprovecha su participación para adquirir fortalezas como ser más autónomo, evitar estancias prolongadas en su hogar y socializar con otras personas AM, para esta población es recomendable realizar 150 minutos por semana de actividades recreativas, esta práctica se conforma por actividades de ocio, actividad física, actividades

ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes, entre otras (Abril et al., 2020; Nuñez et al., 2020).

A su vez, Tapia et al. (2022) reconocen la arteterapia como herramienta para favorecer el estado de ánimo, confianza y autoestima en la persona que lo lleva a cabo, y a su vez, reduce la presencia de ansiedad, depresión, estrés y deterioro cognitivo que con la edad puede ir apareciendo en el AM.

3.2.3. *Convivencia con otros Adultos Mayores como red de apoyo.*

Esta subcategoría se define como aquella convivencia en la que el AM encuentra el soporte emocional que le brinda calma, escucha, confort y apoyo para atravesar las situaciones complicadas de su vida, o bien, para compartir experiencias positivas dentro de grupos o centros propios del AM, así como también, de otros AM que rodean el entorno cercano del individuo, para ejemplificar esto, los participantes nos exponen lo siguiente:

“[...] aquí tengo más personas con quien hablar porque en la casa casi siempre estoy sola”.
(AM4)

“[...] ese tipo de grupos ayudan mucho porque se da uno un levantón, pero tiene que seguir retroalimentándose e ir como avioncito, de abajo a arriba”. (AM3)

“[...] ya de perdido sale uno de la casa a convivir con más gente y pos ahí nos contamos las experiencias los unos a los otros”. (AM2)

“yo no soy muy amiguera, pero sí tengo mucha gente que me aprecia y todo [...] son personas que me han visto como he navegado y me aprecian”. (AM1)

“[...] siempre vengo aquí y hay veces que voy a otras partes por ahí cerca pero aquí me gusta venir seguido porque aquí hace uno amistades con gente, aquí había una señora que hacía amistad conmigo y también un señor”. (AM8)

“[...] están en paz con ellos mismos con tan solo venir aquí al jardín, de juntarse, de ver a otras personas, se motivan a olvidarse un poquito de sus angustias y de sus penas que tienen”. (CI4)

“Algunos AM se reúnen después de las actividades y se van a desayunar o se reúnen para platicar en el comedor”. (DC)

En este tenor, Lambiase et al. (2020) explican que las redes de apoyo son herramienta importante para sobrellevar conflictos o crisis propias del desarrollo de la vida, pero, en especial en el AM se ha mostrado como un evidente rol protector en dichas situaciones, ya que, da pie para mantener el cuidado personal y fomentar el bienestar mediante la muestra de confianza, empatía, intercambio de experiencias y consejos, entre otros, también, se consideran factor importante que impacta en la salud, por lo que, estas actúan de dos maneras: 1) Directamente, apoyando al AM a incorporarse en círculos sociales en un intercambio de solidaridad y responsabilidad, y de esta manera, poder apoyarse de dicho círculo en caso de que le sea necesario, 2) Indirectamente, como factor protector en situaciones estresantes al aumentar la capacidad de afrontamiento y así promover un envejecimiento saludable y activo (Fernández et al., 2020; Guevara et al., 2020).

3.2.4. La religiosidad como herramienta de afrontamiento.

Este elemento es considerado como aquellas prácticas que el AM mantiene para fomentar sentimientos de seguridad, tranquilidad y paz, con los cuales, se ayuda a hacer frente a los eventos amenazantes experimentados. Los datos empíricos mencionan lo siguiente:

“[...] le pido a Dios que cuide a los buenos y de paso a los malos porque también tienen familia”. (AM3)

“[...] Dios no te abandona, él siempre dice ayúdame que yo te ayudaré, y pues yo siempre he sido muy luchona, no me gusta depender”. (AM1)

“[...] me gusta ayudar a cambio de nada, con que Dios me dé salud, es lo que yo le pido”. (CII)

“[...] me gusta ir a misa, todos los días rezo un padrenuestro y pues mi religión es la católica, yo siento que Dios está en el cielo en la tierra y en todo lugar”. (AM8)

“[...] él es el que me saca de mis problemas (Dios), el que me ayuda de la soledad y enfermedad, siempre lo cargo a todos lados en mi mente y en todo”. (AM9)

“[...] hablo con Él (Dios) todos los días, escucho la homilía en YouTube, los domingos voy a misa y cuando me pongo a caminar me pongo a platicar con Él, le doy gracias por lo que

tengo y por lo que no tengo, y le doy gracias porque ya son casi 67 años y estoy razonablemente bien”. (AM10)

“[...] cuando ellos se encuentran en una situación difícil o en algún problema es la manera en la que yo les digo que se encomienden a Dios, que Dios existe, que Dios está con ellos, o cuando han tenido pérdidas, sobre todo de familia que les ha pegado fuerte es cuando yo entro mucho en la oración y en la religión”. (CI5)

“Un AM que regularmente acude a leer libros al centro llega con un pequeño libro de oraciones e invita a la responsable de este proyecto a leerle una de ellas y menciona que él quería compartir dicha oración con ella porque le pareció “muy agradable para regalar”. (DC)

El sustento teórico respalda lo anterior explicando que la espiritualidad en el cuidado manifestada a través de la religiosidad es comprendida como un aspecto importante para la autorrealización del AM, esta juega un papel importante promoviendo la resiliencia, apoyo social y el abordar de manera positiva aquellos retos que se presenten durante esta etapa, dicho de esta manera, es una herramienta personal y social que ofrece estrategias para encarar las dificultades propias de la vejez considerados como los eventos estresantes de vida (Castellanos & Rincón, 2021; Gallardo-Peralta & Sánchez-Moreno, 2020). También Castañeda-Flores y Guerrero-Castañeda (2019) mencionan que esta tiene varias formas de expresión tales como la esperanza, la autoestima, el perdón y el amor, las cuales repercuten en un aumento de la salud mental, así como también, favorecen la esperanza de vida y la satisfacción vital; en los AM que mantienen prácticas religiosas más cotidianamente les proporciona auto percibirse más saludables emocional y físicamente.

3.2.5. Unión familiar como apoyo a la salud mental.

Esta subcategoría se define como el acto de fortalecer los vínculos familiares en el AM para promover de esta manera tranquilidad, un mejor desarrollo y afrontamiento a eventos amenazantes, los participantes exponen los siguiente:

“[...] trato de mejorar sobre todo en la relación con mi familia, con mis hijos con mi esposo y con mi nieta”. (AM5)

“yo soy muy expresiva con mi hija [...] a ella no le tapo nada porque no tiene caso, ella es mi apoyo, ella es mi refugio”. (AM6)

“[...] yo soy muy social, me encanta andar en piñatas y fiestas [...] muy amante de juntarnos (familia), cantar, bailar, y así bien bonito, muy familiar”. (AM9)

“[...] fui en noviembre a México con mis hermanos y como vivimos así separados por mucha distancia en noviembre nos juntamos para hacer una cena prenavideña nosotros nos juntamos y convivimos y todo bien bonito”. (AM1)

“[...] Fuimos 15 hermanos y vivimos 13, y todos somos unidos y tenemos muy buena relación, nos procuramos mucho, en las buenas y en las malas”. (CII)

Lo dicho anteriormente se argumenta al explicar que durante el proceso de envejecimiento se considera de gran interés la presencia de la familia como red de acompañamiento al cubrir las necesidades sociales y económicas que el AM puede presentar, a su vez, esta convivencia es un gran apoyo para afrontar los diferentes problemas que se desencadenan en esta etapa. Los AM consideran que factores de gran importancia para llevar una buena relación con su familia son la organización y la unión familiar reflejando una interacción positiva dentro de su entorno cercano aumentando el sentido de bienestar en ellos; de esta manera, a mayor apoyo familiar existirá una mayor calidad de vida en el AM (Escalona & Ruiz, 2016; Valdez-Huirache & Álvarez-Bocanegra, 2017).

3.3. Percepción del cuidado recibido.

La cuarta categoría a desarrollar se define como el juicio que el AM realiza del cuidado brindado por el enfermero y cuidador informal lo que le permite evaluar si las acciones realizadas impactan o no en su salud mental y bienestar. Esta se compone de dos subcategorías:

3.3.1 Déficit de cuidado a la salud mental.

Esta se considera como la carencia u omisión de cuidados centrados en aspectos que van más allá de lo perceptible a simple vista, así como también, a la falta de ampliar el panorama para abordar todas las esferas del AM y con ello promover la salud mental y bienestar. Los participantes exponen las siguientes experiencias respecto a este componente:

“[...] vamos una vez al mes, y se les checa glucosa, presión, peso y talla y situaciones de ese tipo para el expediente, pero volvemos a lo mismo, todo enfocado a lo físico”. (CF1)

“[...] el otro día que vine a lo de la salud no se trató nada de eso, solo se vio lo físico, que la toma de presión y azúcar, pero nomas”. (AM2)

“[...] pues los chicos solo vienen a tomar presión y todo eso”. (AM1)

“[...] no sé específicamente que estaría bien que impartieran, pero sí deberíamos tener una capacitación para que nos brinde seguridad y confianza para nosotros poder transmitirle al am lo aprendido”. (CF2)

“[...] deberían estar capacitados, digo yo, porque sí apoyan a uno con varias cosas, pero como nadie ha tratado el tema pues estaría bien tomarlo”. (AM2)

“[...] muchos dicen (cuidadores formales) en el adulto mayor ya para qué (cuidado de la salud mental), así han sido siempre y así van a ser siempre, ¡pero no! Yo ahí he visto que las personas están muy abiertas a algo nuevo, a algo diferente”. (CF1)

Para sustentar lo anterior Moreno (2021) explica que a pesar de los avances que se tienen aún sigue predominando el modelo biomédico que da preferencia a lo curativo respecto a lo preventivo, y lo biológico sobre lo psicosocial mostrando un cuidado deficiente a las necesidades en materia de salud mental, saboteando el brindar una atención holística, es por ello que, los profesionales de la salud y los mismos adultos mayores no reconocen los problemas de salud mental como necesidad especial y esencial para promover una condición de vida enfocada a un constante bienestar, fomentando de esta manera una respuesta negativa para buscar ayuda y generando una intervención poco oportuna y por ende con poca o nula eficacia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Por otra parte, Barrios et al. (2017) explican que es de gran importancia la necesidad de capacitación en el profesional de enfermería para poder llevar a cabo estrategias que ayuden al desarrollo de la profesión y a su vez generen un impacto positivo directamente en el individuo y así disminuir la atención con falta de enfoque en el AM.

3.3.2. *Cuidado empático.*

El segundo componente en esta categoría es definido como aquellas acciones basadas en el cariño, comprensión y consideración por el otro que conllevan un intercambio de comunicación y apoyo, que, a su vez, se favorecen en gran medida en entornos armoniosos y de respeto. Los participantes exponen sus experiencias de la siguiente manera:

“platico muy a gusto con don Héctor (CI) [...] y me voy bien a gusto a mi casa, me saca mucha platica, y me saca cada risa con lo que dice”. (AM4)

“[...] una de ellas (CI anterior) empezó a traer cosas para hacer comida porque no alcanzaba a preparar en su casa y era de que ándeles, vengan y acompáñenme a comer un taquito y nos tomaba mucho en cuenta”. (AM3)

“las chipleo mucho [...] pues yo siempre trato de echarles porras pues para que no se sientan y no se desanimen y sigan aquí viniendo”. (CI3)

“(¿cómo brindas cuidado al AM en cuanto a su SM?) Pues principalmente escuchando de manera atenta las necesidades que tienen [...]”. (CF3)

“[...] la empatía es la clave del cuidado y del trato hacia el AM y todos los pacientes en general”. (CF2)

“Pues todo enfoca en el amor, en la plática, en el convivir día a día [...] yo siempre trato de decirles que se relajen, que disfruten de sus tiempos, aquí somos una familia y nos vamos a olvidar de los problemas que traemos [...] nos basamos en el amor y el cariño hacia ellos y esa es la manera que logramos que esto funcione y que ellos traten de ser felices estando aquí con nosotros”. (CI5)

“Una de las coordinadoras toma la mano de un AM, lo mira a los ojos y lo invita a acudir al centro diciéndole que se anime a ir porque ahí se la va a pasar bien y conseguirá nuevos amigos”. (DC)

“Una de las cuidadoras expresa que trata siempre de hacer que el centro funcione correctamente para todos, para que ellos estén bien, felices y cómodos, y menciona que lo hace con mucho amor porque lo siente también como su espacio”. (DC)

Gutiérrez-Murillo et al. (2021) explican que la empatía permite que el cuidador se preocupe y tome en cuenta al AM comprendiendo el contexto del otro yo vinculándose afectivamente con él, al mismo tiempo, esta se considera una práctica beneficiosa brindando un cuidado más asertivo y para los cuidadores propicia la ganancia de habilidades socioemocionales. Este cuidado empático se identifica tanto en situaciones negativas como en experiencias emocionales satisfactorias dando paso a una atención integral del AM. De esta manera, el abordar la etapa de envejecimiento mediante un lazo empático abre el camino para ofrecer un cuidado amoroso, basado en la ética y respetuoso hacia el AM (Aguilar, 2020).

Así mismo conforme el individuo se adentra en la adultez la dimensión emocional gana mayor significado, por lo que el cuidado empático y la comunicación afectiva con el AM conducen a un envejecimiento digno. Para lograr esta práctica se debe fomentar un ambiente donde la prioridad sea facilitar relaciones satisfactorias promoviendo el respeto, consideración, reconocimiento, empatía, solidaridad entre generaciones, mantener la autonomía y dar pie a escenarios de inclusión (Ruvalcaba-Romero et al., 2018; Lozano & Fajardo, 2018).

3.4. Acciones para el cuidado.

Y, por último, la categoría final es considerada como aquellas habilidades desarrolladas por los cuidadores para brindar una mejor atención al AM contemplando el empoderamiento tanto de la persona que cuida como de la persona cuidada. Esta se compone de las siguientes subcategorías:

3.4.1. “Aprender para ayudar”.

Se define como la capacidad propia del cuidador para aumentar y mejorar las estrategias de cuidado mediante el aprendizaje continuo y el gusto por la autosuperación, y de esta manera, beneficiar de manera directa al AM. Esto lo explican los participantes de la siguiente manera:

“[...] y luego a mí me gusta leer, ver proyectos o cápsulas informativas en la tele para poder compartírselos con ellos, me gusta aprender para ayudar”. (C11)

“nos dan cursos y todo, y pues tratamos de hacerlo lo mejor que podemos [...] cursos de entretenimiento y cursillos para la atención del adulto mayor [...] son seguidos, muy interesantes”. (CI2)

“Y es que [...] las tres (CI anteriores) nos enseñaban de todo, sabían muchas cosas e iban allá hasta el cerro por nosotras, cada vez salían con algo diferente”. (AM1)

“[...] lo que tratamos es tener una gama muy amplia de talleres para que ellos se puedan desenvolver, por ejemplo, yo he tomado muchos cursos de diferentes cosas para venir aquí a impartirlos por temporadas y ellos quedan fascinados”. (CI5)

“Una de las coordinadoras platica su experiencia en la impartición de diferentes cursos y menciona que en sus próximos planes está el aprender más sobre computación para poder darles un curso exprés a algunos AM interesados en ese tema”. (DC)

Para ello, Orosa y Sánchez (2020) explican que la educación para la vejez y para quienes cuidan de ella es una herramienta importante para lograr cambios en pro de esta etapa a nivel personal y en el entorno que los rodea, es por ello que los programas que se gestionan en contextos donde se brinda trato al AM se requiere esencial atención en el aspecto de la capacitación, pues mediante ella se promueve un envejecimiento exitoso, se ofrecen habilidades para el empoderamiento y aprendizaje del individuo y se genera una nueva cultura de cuidado. Por otra parte, Blouin et al. (2018) mencionan que el proporcionar información adecuada y capacitar a aquellas personas que prestan cuidado al AM en materia de geriatría y gerontología genera beneficios importantes en el individuo, así como también, forma cuidadores calificados para la atención plena de estos individuos mediante estrategias para la promoción del bienestar.

3.4.2. Trabajo en equipo.

Por último, el trabajo en equipo se describe como la habilidad desarrollada para lograr metas propuestas en un ambiente de unión, respeto y comunicación asertiva dentro del equipo de trabajo, teniendo en cuenta los autolimites y el beneficio que estos traen en el cuidado del AM. Los datos empíricos arrojan lo siguiente:

“[...] nos dijo que sí (buscar apoyos), que vería la manera de apoyarnos porque a él también le gusta moverse en eso y conoce gente que le ayuda”. (CI1)

“[...] a la gente que he visto con problemitas se los paso a ustedes, yo hasta donde pueda”. (CI2)

“[...] y sobre todo, mezclarnos como equipo multidisciplinario, o sea, no creer que como enfermeros podemos todo [...] parte de nuestro trabajo es comprender hasta dónde voy yo y hasta donde puedo pedir ayuda a algún otro profesional”. (CF1)

“[...] tratamos de orientarlos y apoyarlos, mimarlos y apapacharlos y si se puede como no, pedir apoyo con personas especialistas para brindarles pláticas, así como por ejemplo con psicólogos, tanatólogos, especialistas en la materia”. (CI5)

“Una AM se acerca y una de las cuidadoras indaga rápidamente sus preocupaciones, trata de ofrecerle paz y apoyo emocional, así como también, le da la opción de entrar a la terapia grupal ofertada por una psicóloga ahí mismo en el centro”. (DC)

Como sustento teórico se nos explica que el trabajo en equipo se comprende como una acción coordinada donde las personas involucradas respetan los roles y funciones asignados para lograr un objetivo en común mediante la buena comunicación y el respeto, fortaleciendo así el acto de cuidar, y por lo contrario, al no tener un buen funcionamiento del trabajo en equipo no se percibe por parte de los cuidadores un empoderamiento profesional y/o laboral ni se da paso al compañerismo y armonía dentro de los involucrados (Villagra & Ruoti, 2018).

De esta manera, Sánchez et al. (2018) mencionan que la atención en el AM exige un trato transdisciplinar, así como también, profesionales empeñados con el cuidado, la habilidad del liderazgo y saber trabajar en equipo; estos aspectos deben ser esenciales en la práctica para así garantizar la calidad del servicio ofrecido en los diferentes entornos del cuidado del AM (Llanes, 2020).

3.4.3. Valoración emocional del Adulto Mayor.

Por último, esta subcategoría se define como las acciones y habilidades que el cuidador emplea para detectar cambios en las emociones que el AM experimenta y la manera de expresarlas, fomentando una respuesta de apoyo oportuna para mejorar el estado de ánimo del AM. Los datos empíricos lo ejemplifican de la siguiente manera:

“[...] El llegar y preguntar por sus actividades los hace sentir importantes, y al darles esa importancia ellos se sienten mejor con ellos mismos y apoyados por la persona que se los hace saber y de esa manera se sienten en confianza y se abren con uno cuando traen algún problema”. (CF2)

“Pues principalmente escuchando las necesidades que tienen [...] hasta en la misma platica se da el hacer chistes y cosas que los hacen sentir mejor y se ve pues que la mayoría de las veces sí se les mejora el estado del ánimo”. (CF3)

“ellos siempre vienen y me lo platican (problemas) [...] y es que luego, luego, se les nota, muy serios o no sé, o si no enojados, vienen con que todo en veces les molesta es porque algo traen, o sea, algún problema deben de traer”. (CI3)

“platicamos de la vida cotidiana [...] entonces ahí es cuando ellos empiezan a explayarse y a sacar todas sus angustias, y la mayoría trae mucha tristeza [...] empiezas a ganarte su confianza y te dicen qué es lo que les está acechando”. (CI4)

“la manera en la que me doy cuenta es interactuando con ellos mediante la plática, la charla, hay mucha confianza entre nosotros y es la manera en que vamos detectando las situaciones [...] yo les veo luego, luego, por su actitud, si traen una carita así medio seca o el rasgo medio duro pues yo ya sé que esa persona trae una molestia ya los tengo totalmente identificados y siempre trato de preguntarles qué le sucede durante el saludo”. (CI5)

“Una de las cuidadoras informales siempre está al pendiente de las necesidades de todos los AM que llegan con ella, los escucha, les ofrece soluciones, e incluso bromea y se ríe con ellos”. (DC)

El sustento teórico expone que los cuidadores toman un rol importante al momento de identificar situaciones que promueven sentimientos negativos en el AM y con ello poder ofrecer un cuidado comprensivo, para esto, se recomiendan acciones como escuchar, aconsejar, el contacto visual, la motivación y todas aquellas actividades que brinden calma al AM, de esta manera, los cuidadores fomentan sentimientos de seguridad y empatía ante las necesidades emocionales del AM promoviendo un cuidado humanizado (Chaparro et al., 2019; González-Gaviria & Bedoya-Gallego, 2019).

4. MODELO INNOVADOR DE CUIDADO

4.1 Soporte Teórico-Referencial.

En este apartado se contextualizan y argumentan los elementos considerados para la construcción y desarrollo del presente modelo de cuidado.

4.1.1 *El Cuidado*

Existen una variedad de definiciones y reflexiones respecto a este concepto debido a su importancia en el desarrollo humano a lo largo de los años, pero, todas coinciden en el cuidado como cualidad inherente del ser humano que se transmite en la interacción con su entorno cercano, se trata de una actitud que revela concretamente el modo de ser del individuo (Rodríguez et al., 2017; Boff, 1999).

La enfermería comprende y desarrolla la esencia del cuidado de manera independiente e interdependiente a los individuos, enfermos o sanos, que conforman los diferentes grupos sociales y etarios que constituyen una sociedad, atendiendo la promoción, prevención y asistencia a quienes experimentan alguna enfermedad física o mental, durante su recuperación, o bien, en el proceso de muerte (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2002).

Guerrero-Castañeda y Chávez-Urías (2020) mencionan que el cuidado requiere una comprensión profunda e intencionada por parte de enfermería, pues, este concepto se considera la razón de ser de la profesión, y, de esta manera el profesional que brinda cuidados se convierte automáticamente en un ser humano que está trascendiendo en tiempo y espacio con el ser cuidado para convertir este proceso tan subjetivo y complejo en un momento de cuidado.

La relación enfermera y persona cuidada se basa en un proceso ético, respetuoso y sensible que implica la toma de decisiones argumentada en lo que es de mayor beneficio para el individuo, así como también, se debe reflexionar de manera consciente las necesidades que el otro tiene como prioridad para así encaminar las acciones y cuidados a mejorar su salud a nivel físico, social, mental y espiritual (Tuarez-Lino et al., 2023; Rivera & Triana, 2022).

4.1.2 Cuidado del Adulto Mayor

Existen varias definiciones para el AM, algunas de ellas lo manejan bajo enfoques reduccionistas centrándose solo en lo biológico, pero, este debe ser considerado y comprendido desde un enfoque multidimensional, considerando la complejidad de su naturaleza, tomándolo como un ser mental, social, biológico, cultural y espiritual de manera integrada como un todo (Cuadra-Peralta et al., 2016).

El envejecimiento va dando paso a que los individuos experimenten una autonomía gradualmente fragilizada, tornando importante en ellos mantener la autosuficiencia para llevar a cabo sus actividades cotidianas, no obstante, el contexto donde se desenvuelven puede llegar a ser desfavorable y es ahí donde surge la necesidad de un cuidado de calidad, humanizado y que respete su autonomía (Guerra, 2022). De esta manera, el cuidado es aquel proceso recíproco, interactivo e interpersonal que toma en cuenta el bienestar del que lo recibe como del que lo otorga mediante un lazo de confianza entre ambos demostrando responsabilidad, respeto, competencia y sensibilidad; dicho cuidado requiere de la adquisición de un conocimiento especializado (Poblete & Hormazábal, 2022).

El conocimiento necesario para brindar cuidado al AM requiere de la profundización de los cambios que se producen durante el envejecimiento a nivel físico y mental en esta población por parte de los profesionales de enfermería para ampliar el panorama y lograr identificar y comprender los factores de riesgo que estos tienen; de esa manera, se puede determinar las necesidades presentes que tienen mayor impacto en la alteración de su bienestar en general (Coltters et al., 2020).

En el AM es importante responder a la satisfacción de necesidades para mantener su capacidad funcional, la SM y mejorar su calidad de vida, y esto solo puede lograrse a través del cuidado ya sea por parte de redes de apoyo formal o informal. Generalmente el cuidado otorgado de manera informal (en casa) es a corto plazo realizando únicamente necesidades básicas como mantener sus capacidades físicas, pero esto no contribuye de manera completa a la calidad de vida, pues, entendemos que este concepto no solo abraza la salud física, sino también, el estado psicosocial. De aquí surge que este tipo de redes informales no están capacitadas para tratar al AM, pues se necesitan intervenciones y prevención dirigidas tanto al AM como a su círculo cercano de cuidadores (Banda et al., 2005).

En el cuidado del AM es de vital importancia la valoración de necesidades, para con ello, planificar y administrar las estrategias y cuidados que beneficiaran al individuo, así como también, se hace necesaria una evaluación para objetivar la eficacia de los cuidados brindados; cabe de destacar que esa atención puede ser facilitada en distintos contextos como el entorno comunitario, servicios hospitalarios y centros sociosanitarios (Chisag, 2018).

Es por ello, que enfermería debe estructurar en medida de lo posible un cuidado centrado en las necesidades y contextos del AM teniendo en cuenta todos sus aspectos (físico, psicológico, espiritual, emocional, social) para facilitarle la adquisición de herramientas para alcanzar la capacidad funcional, SM y bienestar y de esta manera intervenir oportunamente como profesionales de enfermería para contribuir a que el AM tenga una mayor armonía entre mente, cuerpo y alma (Cruz, 2019).

4.1.3. *Eventos Estresantes de Vida*

Según la OMS (2023) el estrés es definido como el estado de preocupación o tensión mental que es el resultado de la experiencia de una situación difícil, también se considera como una respuesta natural que impulsa al individuo a hacer frente a los desafíos y amenazas de la vida diaria. Este se comprende a través de tres perspectivas, la primera es la ambiental que se entiende como la experiencia de aquellos Eventos Estresantes de Vida (EEV), después esta la psicológica que se centra en factores intrínsecos como la vivencia y respuesta emocional a estresores, y por último, la biomédica que explica la relación entre la respuesta/afrentamiento y funcionamiento del organismo a dichos eventos. En materia de salud, el estudio sobre EEV es importante debido a la prevalencia asociada con otras afecciones causadas por la experiencia prolongada a estas situaciones, así como también, a la falta de herramientas o habilidades que el individuo posee para hacerles frente de manera eficaz (Campos-Arias et al., 2014; Gaffey et al., 2016).

Rodríguez y Tejera (2020) mencionan que entre los factores de riesgo que más alteran el bienestar y calidad de vida de los AM están los EEV. Estos EEV son definidos como aquellas circunstancias generadoras de estrés, agobio, inquietud y molestia para el AM; algunos ejemplos de estos eventos son: pérdida de memoria, pérdida de seres

queridos, enfermedades propias en el AM o en algún familiar cercano, el divorcio o separación marital, situación financiera, entre otros (Rodríguez & Tejera, 2020).

Durante el envejecimiento, esta diversidad de situaciones resultan complejas y de difícil afrontamiento, sobre todo cuando no existe un buen apoyo psicológico y social relacionado con la falta de recursos necesarios para manejar las experiencias propias de su edad, trayendo consigo descontrol de las emociones, y, por ende originando respuestas emocionales negativas que desencadenan en la aparición o el desarrollo de problemas de salud mental como la ansiedad, insomnio, depresión, trastornos alimenticios, consumo de alcohol, drogas medicas o el consumo cambiando de ambos e incluso la muerte; como resultado el AM puede convertirse en una población vulnerable (Salazar-Moreno et al., 2020).

Gran parte de esta población, ante la complejidad de los EEV experimentados busca una solución en los tratamientos médicos recurriendo a la farmacoterapia, haciendo de lado un tratamiento de afrontamiento y/o conductual acorde a su necesidad debido al estigma que en ocasiones se experimenta en este grupo etario con respecto a la salud mental y psicológica (Rubio et al., 2016).

4.1.4 Cuidado de la Salud Mental

La SM, es considerada objeto esencial de la salud y el bienestar en general de cualquier individuo al influir en la manera en la que se maneja el estrés, la interacción en relaciones interpersonales y en la toma asertiva de decisiones al afectar la manera en que sentimos, pensamos y actuamos. Este concepto incluye la relación entre el bienestar emocional, psicológico y social (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

Entre los factores que coadyuvan a la alteración de la SM son: 1) factores biológicos, como la genética o procesos químicos en el cerebro, 2) experiencias previas, como traumas y 3) historial familiar en afecciones de SM. Dentro de los primeros signos de alarma encontramos el comer o dormir mucho o poco, cambios en el estado de ánimo que afectan en las relaciones interpersonales, irritabilidad, persistencia de ciertos pensamientos que alteren la concentración, fatiga, consumo de alcohol, medicamentos de venta libre,

drogas médicas y la combinación de ambas y/o dolores musculares (Mentalhealth.gov, 2021).

Retomando los componentes de la SM, encontramos que según Hernández et al. (2021) el bienestar emocional es comprendido como el estado de ánimo donde el individuo es consciente de sus aptitudes, afronta de manera satisfactoria los sucesos normales de la vida, trabaja productivamente y contribuye al desarrollo del entorno que lo rodea, considerando que este es un estado dinámico influenciado por las emociones, redes de apoyo y el contexto teniendo como resultado en el individuo una armonía interna y con su entorno cercano.

Por otra parte, el bienestar psicológico hace referencia a la expansión personal como parte de las aptitudes de cada individuo y la autosuperación del potencial individual, esto significa el aceptar retos y hacer esfuerzos para sobrellevarlos y así lograr los objetivos personales propuestos. Dentro de este concepto se consideran seis dimensiones para lograr su observabilidad que son: 1) autonomía, 2) dominio del entorno, 3) autoaceptación, 4) relaciones interpersonales positivas, 5) crecimiento personal y 6) propósito de vida (Mayordomo et al., 2016).

Y, por último, el bienestar social es considerado como el nivel en que los individuos valoran las condiciones y funcionamiento que sostienen dentro de la sociedad a la que pertenecen, este contiene cinco factores importantes para su comprensión: 1) integración social, 2) aceptación social, 3) contribución social, 4) actualización social y 5) coherencia social, asociando este tipo de bienestar a indicadores como satisfacción con la vida, participación social, entre otros (Moreta et al., 2017).

El cuidado que enfermería ofrece en cuanto a la SM se hace visible en todos los niveles de atención ofreciendo apoyo mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación con el fin de brindar una atención efectiva, eficiente y de calidad. Para poder dar este cuidado es imprescindible el uso de los planes de cuidado que se moldean en función del individuo y su condición tanto individual como contextual tomando en cuenta que este plan se puede realizar de manera interdisciplinar (Díaz & Santana, 2022).

Un elemento importante para el cuidado de la SM es centrarse en las experiencias subjetivas del AM y no en el diagnóstico que le corresponde a esa experiencia, pues en esta dimensión no se trata de explorar a fondo los síntomas para ver su desarrollo, sino más bien, explorar y comprender el sentido que estos síntomas traen en el entorno del individuo, para ello, es importante escuchar y de esa manera mostrar el panorama de las propias experiencias para generar soluciones conjuntas logrando una mayor humanización en la atención brindada (González et al., 2018).

El personal de enfermería que se oriente a brindar cuidado en cuanto a SM debe estar bien preparado en el manejo de las respuestas emocionales del AM, en su respectiva comprensión y el abordaje de las mismas, no obstante, para llevar un manejo eficaz es imprescindible la sensibilidad por parte de la enfermera, pues, cuando los individuos se acercan en busca de ayuda, ellos esperan encontrar personal preparado que les brinde apoyo asistencial, y, a su vez, tenga la suficiente sensibilidad y comprensión para aplicar sus conocimientos según los requerimientos emocionales de cada individuo y situación (Lluch, 2018).

4.1.5 Centros Comunitarios como Redes de Apoyo

Según Fernández y Manrique-Abril (2010) las redes de apoyo son todas aquellas transacciones interpersonales recíprocas que engloban muestras de afecto, respaldo en el actuar o pensar del otro, y la ayuda simbólica o material a la otra persona, asociando las relaciones sociales con su influencia directa en la salud del AM, en especial, en la disminución del estrés. Este apoyo tiene un efecto amortiguador que explica que las relaciones sociales impulsan a sobrellevar crisis durante y después de la exposición a eventos estresantes.

Existen dos tipos de redes de apoyo: 1) la formal, abarca a cualquier institución que brinde apoyo directo o aquellas redes reconocidas de forma oficial y 2) la informal, son todos aquellos vínculos que el individuo va ganando durante su interacción en relaciones interpersonales (familia, vecinos o amigos). En función del éxito percibido por el individuo con todas sus redes de apoyo se podrá determinar el logro del bienestar psicológico y una percepción de satisfacción en la vida (Fusté et al., 2017).

Alfonso et al. (2016) mencionan que las redes de apoyo tiene un papel importante pues de aquí se desprende un aumento en el bienestar, previniendo afecciones emocionales como la depresión y de carácter físico como enfermedades crónicas, fomentando de esta manera el desarrollo humano y mejorando la calidad de vida. El integrarse y participar de manera activa en la comunidad es considerado significativo en esta etapa pues ofrece una buena relación con familiares y amigos, y a su vez, aumenta la percepción de la propia salud.

Dentro de las redes de apoyo se maneja la participación social como indicador importante en la incorporación del AM a actividades de la comunidad de manera formal o informal en grupos determinados o especiales para este grupo etario que tiene como objetivo promover la interacción social con otros individuos. De esa manera, podemos concebir la participación social como factor protector para la funcionalidad y salud del AM sumando al mismo tiempo el estilo de vida, apoyo familiar y capacidad funcional. Se tiene como evidencia que el interactuar en cualquier grupo comunitario tiene beneficios en la salud emocional del AM (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

En la actualidad existen varios espacios especializados para el AM, ejemplo de ello, son los centros de jubilados, clubes para el AM, centros de cuidado diario, etc. Donde se ofertan una gran variedad de actividades deportivas, recreativas y culturales que fomentan la interacción con sus pares, la ganancia de nuevos vínculos socioemocionales y la participación dentro de su comunidad resultando de esto el mantenerse activos de manera física y mental dentro de la comunidad (Berenbaum et al., 2017).

Las relaciones experimentadas en los grupos sociales especializados en el AM permiten un mayor disfrute en su tiempo de ocio beneficiando dicho aprovechamiento para su calidad de vida y ayudando a reforzar la confianza y seguridad para desarrollarse efectivamente en sus relaciones interpersonales, el objetivo de estos espacios es brindar una satisfacción colectiva que fomente un crecimiento individual y el reforzamiento afectivo entre sus asistentes (Mejía, 2017).

4.1.6 Cuidadores Formales e Informales

Dentro de los grupos especializados para el AM laboran individuos encargados de la atención y apoyo de esta población, mejor conocidos como *cuidadores*, los cuales se contextualizan como aquellas personas que acompañan y motivan al AM a mantener su independencia y funcionalidad, proceso que conlleva la paciencia, respeto y compromiso por ambas partes. Un detalle a tener en consideración es que los cuidadores no siempre presentan la habilidad desarrollada del cuidado en su actuar, sino, se puede ir desarrollando conforme a la experiencia que este va germinando en el proceso de cuidar. Existen dos tipos de cuidadores, los formales e informales, aquellos cuidadores formales son los que ofrecen el cuidado de manera profesional o preparada, y, generalmente forman parte de alguna instancia de salud, o bien, realizan un cuidado especializado en función de sus aptitudes; por otra parte, tenemos los cuidadores informales, que, cotidianamente son familiares, amigos o alguna persona significativa para el AM que no cuenta con la preparación en la atención al AM (Da Silva, 2019).

Según Rojas (2007) hay tres habilidades importantes que se deben desarrollar por parte de los cuidadores, la primera es el conocimiento, este aplica el descubrir quién es la persona cuidada, las necesidades que esta tiene, sus virtudes y defectos, así como también, debe tener un autoconocimiento en cuanto a sus aptitudes y limitaciones para lograr el proceso de cuidado que se pretende brindar. La segunda es la paciencia, esta se explica como el permitir al AM darse un espacio para expresar la situación por la que está atravesando, su perspectiva de la vida, así como también, sus sentimientos, siempre considerando el respeto y tolerancia por parte del cuidador. Por último, se describe como habilidad imprescindible el valor, el cual incluye la decisión de cuidar de otra persona, así como también, de organizar y dar dirección a los cuidados que sean más convenientes para el AM.

También, la literatura señala la importancia de una actitud de seguridad, confianza y tolerancia al estrés por parte del cuidador, pues esto ofrece al AM la tranquilidad para desenvolverse de manera plena, sin juicios y con la certeza de que su cuidador desempeña su labor de manera adecuada, así como también, el contar con experiencia y conocimientos



en el trato al AM potenciará y facilitará la interacción entre ambos individuos (Flores et al., 2017; Navarrete-Mejía et al., 2020).

Jijón y Blanco (2018) mencionan que para promover una atención de calidad en el AM la capacitación a los cuidadores y profesionales de la salud es de suma importancia, pues, fortalece las habilidades para un cuidado eficaz y desarrolla actitudes para ofrecer un servicio digno e inclusivo, y con ello, ayudar a mejorar las condiciones de vida y salud apoyando la prevención de situaciones negativas en las diferentes esferas.

4.2 Justificación

Actualmente a nivel mundial se experimenta un proceso de envejecimiento poblacional, el cual se define como el aumento de AM con respecto al resto de la población a la que ellos pertenecen, esto nos expone un panorama amplio donde se hace visible la necesidad de incidir en este grupo debido a la vulnerabilidad que estos presentan y por la falta o ausencia de cuidados, modelos y estrategias enfocadas en el logro de la salud mental y bienestar en la última etapa de la vida; esto, además de impactar en los diferentes sectores de la sociedad como la demanda en salud, mercado financiero y políticas públicas (Nieves et al., 2016; PENSIONISSSTE, 2017).

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es resultado de una serie de cambios y daños a nivel celular producidos a lo largo de la vida, observando como resultado una disminución en las capacidades físicas y mentales, provocando la aparición de morbilidades y/o comorbilidades que pueden afectar de manera significativa al AM hasta conducirlo a la muerte. Abarcando una visión más psicosocial, el envejecimiento también está ligado a aspectos cambiantes como la jubilación, el traslado a viviendas ajenas, la muerte de amigos y pareja, entre otros, lo que puede conducir a un impacto negativo en la SM y bienestar del AM. En la búsqueda de la resolución de problemas asociados a la vejez es importante considerar la raíz biológica y psicosocial de las necesidades observadas, así como también, reforzar las herramientas que cada individuo posee para la recuperación, adaptación y crecimiento psicosocial (OMS, 2022; Ghazavi et al., 2016).

En el AM la señal más certera de gozar de buena salud es el estado funcional, pues una de las problemáticas más importantes en esta población es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, acarreado consigo una mayor demanda en la atención y cuidado, pues a nivel individual, fomenta una percepción disminuida en el autoestima y bienestar en general, y, aunque la pérdida de funcionalidad sea parte progresiva del envejecimiento, esta se ve afectada directamente y de manera anticipada en algunos de los casos por la presencia de comorbilidades, contribuyendo de esta manera al aumento de AM en una postura de dependencia en todos los sentidos (Jiménez-Aguilera et al., 2016; Echeverría et al., 2022)

Además de los problemas de salud físicos durante la tercera edad se vuelven más prevalentes los problemas de SM, es por ello que se debe prestar más atención a este tipo de afecciones, ya que, pueden desencadenar la complicación de enfermedades preexistentes y con ello aumentar la dependencia funcional y un mayor uso de los servicios hospitalarios; aquellos problemas de SM pueden pasar desapercibidos por parte de los profesionales de salud, por lo que, una solución necesaria a ello es la capacitación para un cuidado oportuno y sobre todo de calidad (Tello-Rodríguez et al., 2016).

De esta manera, el envejecimiento y la SM requieren un gran énfasis desde una visión sanitaria, pues, los profesionales de enfermería pueden impactar de manera positiva en este grupo que se encuentra en constante desarrollo a través de los modelos de cuidado, pues estos proponen un diseño de la realidad estudiada a través de su conceptualización y sustento teórico ofreciendo una amplia gestión y organización de los cuidados que se pretenden dar (Kuerten et al., 2012).

Dicho lo anterior, el presente modelo de cuidado pretende abordar dos problemáticas desentendidas según la literatura y lo observado en los trabajos de campo que dieron paso a la concepción de esta propuesta, todo con el fin de brindar un cuidado más especializado en temáticas de SM, pues aunque, los profesionales cuentan con las bases para dar atención al AM con un enfoque mental, se identificaron áreas de oportunidad que pueden ser abordadas a través de las estrategias que este modelo ofrece, así como también, se desea desarrollar las habilidades que los AM tienen para dar una mejor respuesta a aquellos EEV que experimentan durante esta etapa.

4.3 Objetivos

4.3.1 *Objetivo General*

Desarrollar las habilidades y actitudes en los cuidadores formales e informales para mejorar el cuidado brindado al AM en cuanto a su SM, además de brindar herramientas para que el AM desarrolle las habilidades para cuidar de su SM.

4.3.2 *Objetivos Específicos*

- Proporcionar conocimientos acerca del cuidado de la SM en el AM al cuidador formal.
- Educar al cuidador informal en el cuidado al AM respecto a su SM.
- Desarrollar las habilidades del AM para cuidar de su SM.

4.4 Esquema de Modelo: Cuidado del Adulto Mayor que asiste a centros comunitarios enfocado a su Salud Mental.

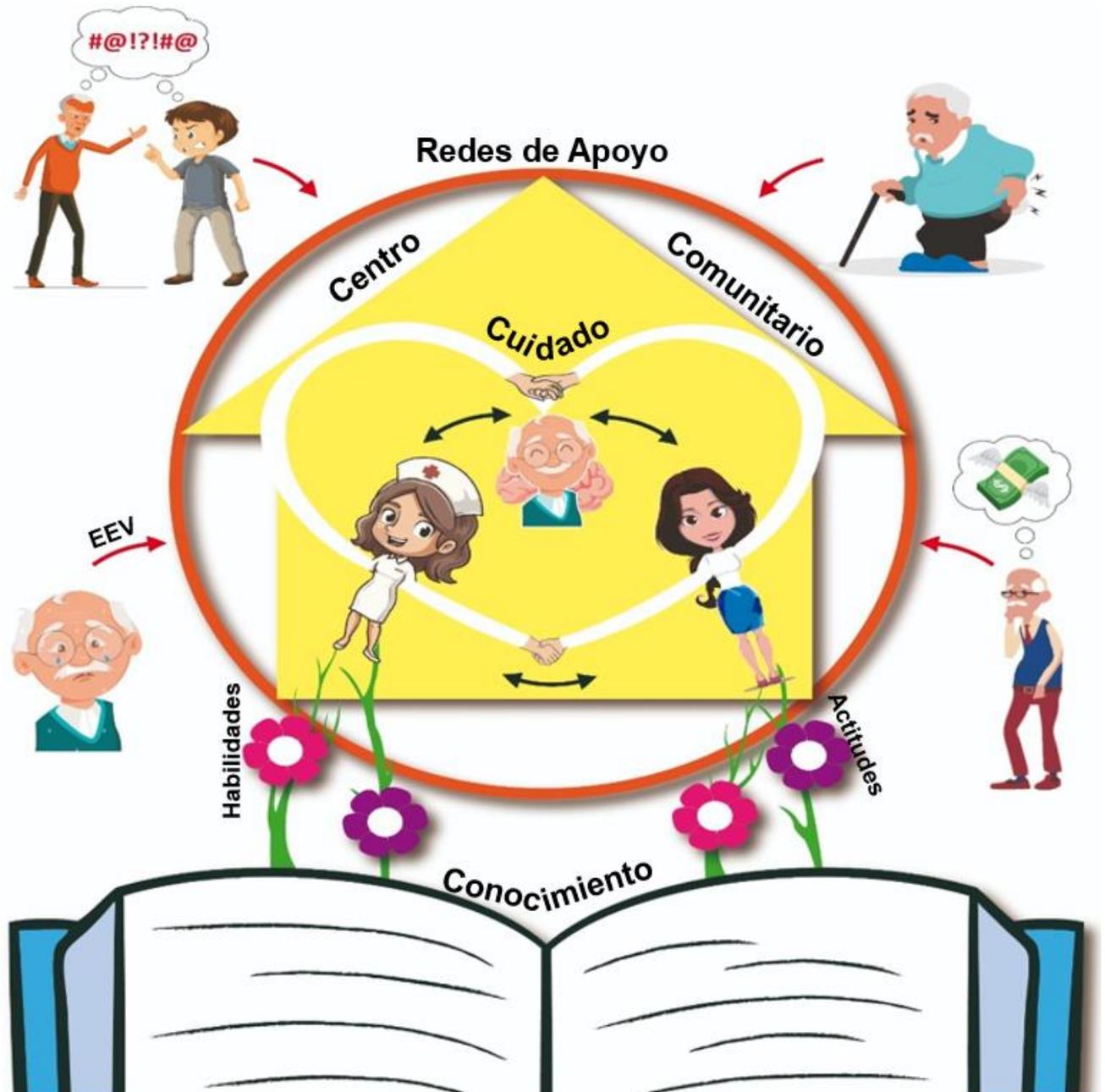


Figura 2. Esquema del modelo de cuidado.

4.5 Descripción del Esquema del Modelo

La base de este modelo consiste en el conocimiento, representado por el libro abierto en color azul, el cual, en sus páginas refleja los saberes imprescindibles para el actuar de los actores que se encargan del cuidado del AM en cuanto a su SM (cuidadores formales e informales); y por su color, se puede explicar que dicho conocimiento fomenta confianza, seguridad y fiabilidad. De él, emergen raíces que demuestran el brote del conocimiento que terminará germinando en dos cuidadores comprometidos con ofrecer un cuidado empático y de calidad.

De las raíces brotan dos flores para cada cuidador una color rosa y otra color morado, la flor rosa en ambas raíces corresponde a las habilidades que ambos cuidadores desarrollan en el proceso de conocimiento y el color le corresponde porque dichas habilidades se desarrollaran mediante la ternura y sensibilidad, mientras que las flores moradas corresponden a las actitudes que nacen durante dicho proceso, seleccionando este color que representa reflexión y sabiduría necesarias para el autoconocimiento y con ello el impulso de las actitudes.

Los elementos centrales se rodean de un círculo en color naranja, el cual corresponde a las redes de apoyo, dicho color tiene como significado la confianza, amistad y calidez que estas redes ofrecen al AM, y a su vez, actúan como factor protector ante los EEV experimentados en esta etapa; estos acontecimientos se proyectan fuera del círculo y relacionados a través de una flecha en color rojo, la cual, expresa la agresividad o peligro del que cada evento está cargado; estos se presentan comenzando de la esquina superior izquierda y en sentido de las manecillas del reloj, el primero corresponde a los conflictos que el AM tiene con sus hijos o familia, el segundo elemento explica la presencia de las enfermedades no transmisibles y los síndromes geriátricos que este puede experimentar, el tercer elemento hace referencia a los problemas económicos experimentados durante esta etapa, y, por último, encontramos los sentimientos negativos percibidos por los AM, todo esto en relación a los hallazgos del acercamiento a la realidad.

Dentro del círculo de redes de apoyo encontramos una casa en color amarillo que representa el centro comunitario, expresado por este color debido a la positividad, alegría y creatividad que se transmite dentro de este; y, dentro de los centros comunitarios

encontramos a los tres actores clave en el modelo que son los cuidadores y el AM; los cuidadores trabajan en equipo para unir sus esfuerzos y ofrecer el cuidado al AM en cuanto a su SM que previamente emergió a través de las raíces del conocimiento; el cuidador formal e informal en conjunto forman un corazón blanco que simboliza el cuidado, en especial, ese color representa la pureza, sencillez, nobleza y suavidad, que, caracteriza la visión estética del cuidado.

En el centro del cuidado se encuentra el tercer actor, el AM, el cual es la razón de potencializar y mejorar el cuidado por parte de los cuidadores, este actor se encuentra en el mismo plano que un cerebro en un tamaño más reducido, ya que, estamos haciendo referencia al cuidado que se brinda directamente al AM enfocándolo a su SM, pues, se pretende cuidar en primera instancia al individuo y por consiguiente a la dimensión mental. Para finalizar, se posicionan unas flechas bidireccionales entre los tres actores principales del modelo, dos de ellas indican la interrelación entre el cuidador formal e informal y el AM, y viceversa, mostrando la constante relación recíproca que hay entre ellos; y, otra de menor longitud, se sitúa entre los cuidadores, explicando que la relación entre estos últimos debe ser más estrecha para lograr la efectividad en el trabajo en equipo que fomenta la unión para el cuidado. Un punto importante es que ninguno de los elementos sobrepasa los límites del libro, pues, el conocimiento que este ofrece abarca la enseñanza de todos los factores que impactan al cuidado del AM, sean positivos o negativos, para lograr el cuidado efectivo del AM enfocado en su SM.

4.6 Conceptualización de los Elementos y Atributos del Modelo

La construcción del esquema de modelo tiene un significado en función de cada uno de sus elementos, y, cada elemento responde a una definición argumentada por la experiencia en el trabajo de campo, dichas definiciones son las que se conceptualizan a continuación:

4.6.1. Libro

Este elemento representa la base del modelo de cuidado, se define como el conocimiento que ambos cuidadores precisan para mejorar las habilidades que se requieren en el cuidado del AM y su SM, así como también, mostrar las actitudes o el perfil que los

individuos interesados en esta área deben desarrollar para garantizar un cuidado exitoso. El conocimiento aborda al AM como un todo.

4.6.2. Raíces

Estas son definidas como el proceso de aprendizaje que los cuidadores desarrollan para lograr su empoderamiento a través del conocimiento del área en la que desean desarrollarse, es este caso, el cuidado del AM enfocado a su SM.

4.6.3. Flores

Las flores representan los conocimientos obtenidos a través del proceso de aprendizaje; las flores en color rosa son aquellas habilidades que los cuidadores deben desarrollar en cuanto a temáticas de abordaje en SM especialmente para el cuidado del AM, por otro lado, las flores moradas se definen como aquellas actitudes que los cuidadores deben gestionar en ellos para lograr la aplicación eficaz de las habilidades aprendidas que se desarrollan en el cuidado.

4.6.4. Círculo

Este elemento se define como las redes de apoyo que protegen al AM de los diferentes EEV que experimentan en esta etapa, dichas redes sirven como factor protector para el cuidado del AM enfocándonos en la dimensión mental.

4.6.5. Eventos Estresantes de Vida

Se consideran como todos aquellos acontecimientos que generan agobio, preocupación o tristeza en el AM y repercuten directamente en la SM dependiendo del afrontamiento y redes de apoyo que este tenga. Algunos ejemplos de ello son los conflictos con los hijos, la presencia de enfermedades no transmisibles y síndromes geriátricos, problemas económicos y presencia de sentimientos negativos.

4.6.6. Casa

Este elemento hace referencia al contexto donde ocurre el cuidado, y se define como el centro comunitario donde el AM encuentra la calma y tranquilidad ante problemáticas personales que traen de un entorno externo a este círculo. Este espacio

fomenta la alegría y creatividad mediante las interacciones y actividades recreativas que ahí se realizan.

4.6.7. Cuidador Formal

Este cuidador se define como aquel personal de enfermería que cuenta con preparación para el cuidado hacia los otros, él debe presentar habilidades como el liderazgo, iniciativa, creatividad, facilidad de palabra, resolución efectiva de problemas, capacidad de brindar enseñanza, escucha activa, motivación, entre otras habilidades, además, se precisa manejar actitudes específicas para el trato al AM, dichas actitudes deben ser la empatía, simpatía, cordialidad, paciencia, carisma, actitud de servicio, calidez, además, debe ser poseedor de conocimiento científico y capaz de trabajar con otros miembros del equipo multidisciplinario, ya que el AM es un ser multidimensional que necesita ser atendido de manera comprensiva, en especial, cuando se enfoca en temas de SM.

4.6.8. Cuidador Informal

Este actor se conceptualiza como aquel individuo capaz de brindar un cuidado de calidad, a pesar de no tener una preparación específica, sin embargo, desarrolla sus habilidades mediante la educación que recibe en interacción con el cuidador formal; al igual que el actor descrito anteriormente, este cuidador debe contar con el mismo perfil actitudinal que el profesional; sin embargo la habilidades que este debe de poseer se centran en la escucha activa, motivación, y el manejo adecuado de relaciones interpersonales y la resolución efectiva de problemas.

4.6.9. Corazón

Este elemento se define como el cuidado que ambos cuidadores ofrecen al AM en cuanto a su SM, de él depende el mantenimiento o aumento de la SM en el AM y la efectividad de los cuidados ofrecidos por los cuidadores, y, a su vez, este componente precisa del conocimiento obtenido por los actores que cuidan.

4.6.10. Adulto Mayor

Nuestro actor central se define como aquella persona de la tercera edad autónoma, conformada por una esfera física, emocional, mental, espiritual y social que desarrolla su potencial mediante los conocimientos que va adquiriendo, así como también, por la experiencia que vive en su día a día.

4.6.11. Cerebro

Este elemento se define como la SM que es el enfoque que tiene este modelo de cuidado, de esta manera, se integra en el mismo plano que el AM, pero en menor tamaño, pues el punto central es cuidar al AM y con ello, direccionar ese cuidado a la esfera mental.

4.6.12. Flechas de Interrelación

Las flechas encontradas dentro de la casa (centro comunitario) responden a las relaciones que se dan en este espacio entre los actores principales de este modelo, las dos flechas situadas entre el AM y cada uno de los cuidadores explican la interrelación que existe entre ellos, siendo una conexión recíproca y perdura tanto como cada uno de los actores lo decida. La flecha situada entre los dos cuidadores es de menor tamaño, y esta explica que la relación entre ellos debe ser más cercana pues bajo esta interacción ellos logran la unión para brindar el cuidado de manera efectiva.

4.7 Estrategias de Implementación del Modelo

Para llevar a un siguiente nivel la propuesta de este modelo se crearon estrategias que a su vez están compuestas por actividades específicas en función de los objetivos planteados, esto, con el fin de mostrar el camino a seguir para lograr el cuidado del AM que asiste a centros comunitarios enfocado a la SM, y, con ello impactar de manera positiva en este grupo poblacional, así como en el desarrollo de la disciplina.

Las estrategias propuestas se formularon en función de la gestión del modelo y la sensibilización de la importancia del cuidado del AM enfocado en la SM y, para la preparación tanto en los cuidadores formales e informales, así como también, en el AM.

4.7.1. Gestión del modelo y sensibilización de la importancia del cuidado del AM enfocado en la salud mental.

- Solicitar mediante un oficio dirigido al encargado de la institución, la autorización para implementar el modelo propuesto.
- Se presentará con el encargado de la institución y se le explicará el objetivo del modelo, las estrategias y las actividades que se requieren para implementarlo.
- Una vez aceptado, se gestionarán los recursos necesarios para implementarlo considerando aquellos recursos físicos, humanos y de logística; además, se trabajará en conjunto con los directivos para adecuar las estrategias y las actividades en caso de ser necesario.
- Realizar una reunión con los cuidadores formales e informales en la cual se dará una explicación del modelo y sensibilización de la importancia del cuidado del AM enfocado en la salud mental, así mismo, para que ellos identifiquen la importancia del rol que juegan dentro de la implementación.

4.7.2. Preparación del Cuidador Formal para brindar cuidado al AM enfocado en la SM

- Ofrecer una primera sesión para contextualizar al cuidador formal sobre el fenómeno del envejecimiento y los cambios físicos y mentales que se producen en el AM (ver anexo 1).
- Desarrollar una segunda sesión enfocada en los problemas de SM más frecuentes en los AM y el rol de enfermería en el cuidado del AM respecto a su SM, esto, en función de las áreas de oportunidad detectadas originalmente en este modelo; además, abordar la participación de enfermería con el equipo multidisciplinario para lograr un cuidado eficaz (ver anexo 2).
- Brindar una tercera sesión para ofrecer conocimientos en cuanto a los perfiles actitudinales durante el cuidado, y, el por qué son importantes en las relaciones humanas, en especial, con el AM y la SM (ver anexo 3).
- Aplicar un taller sobre herramientas para el cuidado de la SM (ver anexo 4).

4.7.3. Preparación del Cuidador Informal para brindar cuidado al AM enfocado en la SM

- Desarrollar una sesión en la que se explique los orígenes del cuidado, sus características y la importancia de este al estar trabajando con el AM (ver anexo 5).
- Llevar a cabo una segunda sesión enfocada al AM como ser multidimensional y explicar los procesos de cambio en cada una de sus esferas, estigmatización y la importancia del abordaje como cuidador informal (ver anexo 6).
- Aplicar una tercera sesión que hable sobre los conocimientos básicos respecto SM y la importancia de su abordaje hoy en día (ver anexo 7).
- Finalizar con una cuarta sesión en cuanto a los perfiles actitudinales durante el cuidado, y, el por qué son importantes en las relaciones humanas, en especial, con el AM y la SM (ver anexo 3).
- Aplicar un taller sobre herramientas para el cuidado de la SM (ver anexo 4).

4.7.4. Preparación del Adulto Mayor

- Aplicar una sesión en la que se explique al AM el proceso de envejecimiento y los cambios que este conlleva (ver anexo 8).
- Manejar una segunda sesión que se enfoque en la SM especialmente en el AM y la importancia de identificar y manejar estados emocionales o psicológicos que disminuyan el bienestar (ver anexo 9).
- Desarrollar una tercera sesión que empodere al AM mediante el autocuidado de su SM (ver anexo 10).
- Aplicar un taller sobre herramientas para el cuidado de la SM (ver anexo 4).

5. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL MODELO

Este apartado se redacta en función de comprobar si las estrategias planteadas fueron efectivas para el cumplimiento de los objetivos formulados en esta propuesta de modelo, así como también, detectar si durante la implementación de este modelo surgen recomendaciones para mejorar la propuesta por parte de los individuos evaluados.

La evaluación se llevará a cabo en dos tiempos, una valoración al inicio y otra al finalizar el desarrollo de las actividades propuestas, para el caso de ambos cuidadores se realizará dicha evaluación mediante el “Inventario de habilidad del cuidado” (CAI) formulado por Nkongho (1990) (ver anexo 11), el cual consta de 37 ítems que abarcan 3 dimensiones: 1) conocimientos, 2) paciencia y 3) valor, las opciones de respuesta van del 1 al 7, siendo el 1 “totalmente en desacuerdo” y el 7 “totalmente de acuerdo”; a mayor puntaje mayor grado de cuidado en los ítems formulados de manera positiva, mientras que en los formulados de manera negativa se invierte el puntaje. Se reporta un Alpha de Cronbach de 0.86 al traducirlo del inglés al español (Corredor, 2005).

El segundo instrumento para los cuidadores formales será una evaluación que consta de 10 preguntas (ver anexo 12) respecto a temáticas abordadas durante todas las sesiones, las cuales, tienen valor de un punto y cuentan con la opción de respuesta tipo Likert donde 1 equivale a “en desacuerdo”, 2 “ni acuerdo ni desacuerdo” y 3 “de acuerdo”; donde, a mayor puntaje, mayor nivel de conocimientos; y de la misma manera, se aplicará un instrumento con las mismas características a los cuidadores informales con base a la información preparada para sus sesiones (ver anexo 13).

En el AM se llevarán a cabo tres instrumentos, el primero será una evaluación formulada con base en las temáticas abordadas durante las sesiones, esta consta de 10 preguntas (ver anexo 14) con valor de un punto, y, se responderán mediante una escala tipo Likert con la siguiente denominación: 1 equivale a “en desacuerdo”, 2 “ni acuerdo ni desacuerdo” y 3 “de acuerdo”; obteniendo que a mayor puntaje mayor nivel de conocimientos.

El segundo instrumento a aplicar será el Inventario de Estrés en la Vida de los AM (ELSI por sus siglas en inglés) (ver anexo 15) para medir el estrés presente secundario a los

EEV experimentados a lo largo de 12 meses, propuesta por Aldwin en 1990 y traducido al español por Alonso et al. (2008), compuesta por un número de 31 ítems calificados a través de una escala tipo Likert que va de 0 “no ocurrió el evento”, 1 “nada estresante”, 2 “un poco estresante”, 3 “medianamente estresante”, 4 “bastante estresante” y 5 “extremadamente estresante” donde el puntaje menor es de 0 y el mayor de 155, de esta manera, se explica que a menor puntaje menor presencia de estrés en los AM. De esta manera, Alonso et al. obtuvieron un Alpha de Cronbach de 0.69 al usar este instrumento en una población de AM dentro del país (Salazar-Moreno et al, 2020).

También, se aplicará el instrumento Continuum de Salud Mental Versión Corta por Keyes (2007) validado al español por Peña et al. (2017) que se compone de 14 ítems (ver anexo 16) que miden tres dimensiones 1) emociones, 2) bienestar social y 3) bienestar psicológico, se responde mediante una escala Likert de 5 puntos donde 1 “nunca”, 2 “pocas veces”, 3 “bastantes veces”, 4 “muchas veces” y 5 “siempre”. Cuenta con la opción de dos formas de calificar, la primera es la sumatoria de los puntajes obteniendo resultados que oscilan del 0 al 70, y la segunda, mediante la sumatoria por dimensiones.

Y, por último, se realizará una entrevista semiestructurada que consta de 3 preguntas (ver anexo 17) para los tres actores en cuanto a la satisfacción y recomendaciones que ellos experimentaron durante toda la implementación, esta se transcribirá, y, a través de su análisis y categorización se mostraran los datos empíricos más relevantes que ofrezcan alternativas o áreas de oportunidad para la mejora de la implementación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente modelo de cuidado se apega a lo que establece la Ley General de Salud (2023) en su título primero de disposiciones generales, artículo segundo, que menciona que el derecho a la protección de la salud requiere según las fracciones III, IV, VII y VIII de lo siguiente:

- III. Fomentar aquellos valores que apoyen en el mantenimiento, creación y goce de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social, esto, mediante la sensibilización de la temática de interés de la propuesta de modelo.
- IV. Expandir actitudes como la solidaridad y respeto de la población para preservar, mejorar y restaurar la salud; relacionando esto con lo que se pretende realizar durante las sesiones de enseñanza sobre las actitudes y su impacto en el cuidado del AM respecto a su SM.
- VII. Desarrollar la enseñanza e investigación científica para la salud, esto se relaciona a través de la realización de cada una de las estrategias propuestas para la implementación de este modelo.
- VIII. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, elemento que se cumple a través de la enseñanza de herramientas para el cuidado del AM respecto a su SM.

Además, se contempla para el desarrollo de la implementación el código de ética para las enfermeras y enfermeros en México (2001) a través de los siguientes principios:

Beneficencia y no maleficencia: basado en esto, la propuesta de modelo pretende el desarrollo de habilidades y actitudes que promuevan un mejor cuidado en la práctica que aborda al AM y su SM.

Autonomía: se destaca por la importancia que en este modelo se da al AM al respetarlos como personas independientes con ideologías y convicciones propias.

Confiabilidad: Este principio se hace presente al observar al cuidador formal como merecedor de confianza por los conocimientos y actitudes que posee al brindar conocimientos, siendo necesario el aumento de dichas características para dar seguridad en los cuidados que brinda.

Solidaridad: Se considera este principio como elemento necesario dentro del constante trato en el AM, pues, se mantiene un sentido de unión y pertenencia durante la implementación para llegar al fin común que se expresa mediante los objetivos de esta propuesta de modelo.

Por último, se tomaron en cuenta algunos puntos establecidos en el decálogo de los derechos de las personas adultas mayores (2016):

- 1) Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación, el cual, se desarrolla a través de las estrategias planteadas para el AM que ayudan a mejorar su SM y bienestar, y con ello, su calidad de vida.
- 2) Derecho a la educación, pues, las estrategias en esta propuesta van encaminadas a una enseñanza de sobre temáticas de interés para el AM.
- 3) Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad; este derecho se hace presente al igual que el anterior en el desarrollo de habilidades que le permitan un manejo más completo en materia de SM.

7. CONSIDERACIONES FINALES

Este modelo de cuidado fue diseñado por la notoria necesidad que el AM presenta en su desarrollo diario con respecto a su SM, así como también, surgió por la inquietud y las áreas de oportunidad identificadas en los cuidadores formales e informales durante su labor en los entornos de convivencia con este grupo poblacional.

La implementación de esta propuesta de modelo se debe llevar a cabo por un profesional de enfermería que esté comprometido con el trato consciente hacia el AM, y a su vez, cumpla con ciertas actitudes que permitan la enseñanza con el ejemplo hacia el público al que se dirigirá la implementación; además, este profesional debe tener la habilidad de concientizar al resto de los implicados de la importancia que la SM tiene durante la vejez, permitiéndole generar un cambio en el cuidado ofrecido por los cuidadores que están en contacto directo con el AM.

El modelo genera un impacto directo sobre la práctica de enfermería al desarrollar las habilidades y actitudes que ayudaran a los cuidadores a brindar un mejor cuidado en materia de SM enfocándose en el AM como un ser multidimensional.

En esta propuesta de modelo se pretende que al llevarla a cabo, esta quede a la disposición de realizar modificaciones que el implementador considere pertinentes para direccionar las estrategias en función del cumplimiento efectivo de los objetivos que este modelo originalmente tiene planteados, de la misma manera, se espera que al identificar limitaciones para el desarrollo correcto del modelo en centros comunitarios, pueda manejarse también en contextos donde exista la participación social, siempre procurando salvaguardar la integridad de los componentes originales que este modelo establece.

Se recomienda que los resultados obtenidos respecto a la implementación sean divulgados dentro del entorno donde se desarrolló la propuesta de modelo para exponer la importancia del impacto que este trajo al cuidado brindado al AM respecto a su SM en contextos comunitarios, y, con ello mostrar el rol tan importante que tienen todos los individuos implicados en la implementación, desde personal directivo hasta la población blanco como tal.

8. REFERENCIAS

- Abril Gil, G., Rojas Angel Bello, R.T. y Fabá Crespo, M.B. (2020). Los grupos gestores comunitarios: una necesidad para promover la actividad física en los adultos mayores. *Opuntia Brava*. 13(4). Pp. 64-76
- Aguilar, V. (2020). Un abordaje biocéntrico para el cuidado de los adultos mayores: Experiencia de integración docencia-extensión e investigación en la formación de profesionales de enfermería. *Red Iberoamericana de Enfermería*. Pp. 22-27.
- Aldwin, C.M. (1990). The Elders Life Stress Inventory (ELSI): Egocentric and non egocentric stress. *Stress Later-Life Families*. Hemisphere Publishing Corporation. Pp. 49-67.
- Alfonso Figueroa, L., Soto Carballo, D. y Santos Fernández, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 20(1). Pp. 47-53.
- Alonso Castillo, B.A., Palucci Marziale, M.H., Alonso Castillo, M.M., Guzmán Facundo, F.R. y Gómez Meza, M.V. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas médicas en los adultos mayores de Monterrey. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Pp. 509-15.
- Andrade Ruiz, W.P., Quelal Onofre, S.P., Pinto Yépez, H.M., Torres Vinuesa, J. y Acosta Paredes, V.I. (2017). Realidad socioinclusiva del adulto mayor del grupo etario mayor a los 70 años en las parroquias urbanas de Ibarra. *Ecos de la Academia*. Pp. 13-25.
- Armas Ramírez, N., Alba Pérez, L.D.C. y Endo Milán, J.Y. (2019). Enfoque salutogénico en el estudio de la autoestima del adulto mayor. *Revista Educación Médica del Centro*. 11(3). Pp. 282-288.
- Banda González, O. L., Vázquez Salazar, G., Ibarra González, C. & De los Reyes Nieto, L. R. (2005). Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado. *Revista Cultura de los Cuidados*. Pp. 60-67.

- Barrios Salinas, G., López Jiménez, J.L., Castañeda Altamirano, Y., Bazaldúa Merino, L.A., Medina Santiago, M.I., López Salgado, B.E. y Cortés Solís, T. (2017). Investigación psicosocial interdisciplinaria en adultos mayores: aportaciones y perspectiva del profesional de enfermería. *Revista del Instituto Tecnológico de Cd. Juárez y Academia Journals*. 6(2). Pp. 59-66.
- Beltrán Salazar, O.A. (2016). El significado del cuidado de enfermería humanizado para quienes participan en él: importancia del esfuerzo de enfermeras e instituciones de salud. *Investigación y Educación en Enfermería*. 34(1). Pp. 18-28.
DOI:10.17533/udea.iee.v34n1a03
- Berenbaum, L., Rodríguez, M., Sambán, S., Eguidazu, S. y Reciniello, P. (2017). Taller de estimulación de la memoria: un espacio para las representaciones y el lazo social de adultos mayores. *Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”*. Pp. 21-28.
- Blouin, C., Tirado Ratto, E. y Mamani Ortega, F. (2018). La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. *Pontificia Universidad Católica del Perú*. URL:
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/133591/publicacion-virtual-pam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar*. Editorial Vozes. Pp. 23-33.
- Campos-Arias, A., Oviedo, H.C. y Herazo, E. (2014). The psychometric performance of the Perceived Stress Scale-10 on medical students from Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 62(3). Pp. 407-13.
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>.
- Castañeda-Flores, T. y Guerrero-Castañeda, R.F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*. 10(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>

- Castellanos Soriano, F. y Rincón Andrade, M. (2021). Influencia de la espiritualidad en las dimensiones del cuidado en mujeres adultas mayores. *Ciencia y Enfermería*. 27(16). DOI: 10.29393/CE27-16IEFM20016
- Centers for Disease Control and Prevention. (13 de septiembre de 2022). *Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/index.htm>
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S. y Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*. 10(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Chisag Guaman, M.M. (2018). Atención de enfermería en el adulto mayor. *Enfermería Investiga*. 3(1). Pp. 59-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3sup1.2018.10>
- Coltters, C., Güell, M. y Belmar, A. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 31(1). Pp. 65-75.
- Comisión interinstitucional de enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). *Definiciones*. <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Corredor, K. (2005). Confiabilidad del instrumento traducido al español: Inventario de habilidad de cuidado [Tesis de Maestría]. *Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Enfermería*.
- Cruz Villamil, D. (2019). El dueño del teatro. La vejez, la memoria y el cuidado. *Archivos de la memoria*.
- Cuadra-Peralta, A., Medina Cáceres, E.F. y Salazar Guerrero, K.J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*. 11(35). Pp. 56-67.
- Da Silva Rodrigues, C.Y. (2019). *Ser Cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor*. Manual moderno.

https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=tZCODwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=cuidado+del+adulto+mayor&ots=pgdCt0SXB1&sig=TTQDtLbNSb1-ZhNwyE9N3xT6K1Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true

- Díaz Consuegra, L. y Santana López, Y. (2022). La salud mental, la ética y los cuidados de enfermería. *Medisur*. 21(1). Pp. 261-263.
- Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M. y Villalobos, Dintrans, P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>
- Escalona Pérez, B. y Ruiz Martínez, A.O. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*. 24(1). Pp.38-46.
- Esmeraldas Vélez, E.E., Falcones Centeno, M.R., Vásquez Zevallos, M.G. y Solórzano Vélez, J.A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 3(1). Pp. 58-74. DOI: 10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74
- Fernández Alba, R. y Manrique-Abril, F.G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*.
- Fernández, A. S., Cáceres, R. D. y Manrique-Anaya, Y. (2020). Percepción del apoyo social en adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros de Vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 16(1). Pp. 55-64. doi: <https://doi.org/10.15332/22563067.5541>
- Fernández Berrocal, P. y Extremera Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Universitaria de Formación del Profesorado*. 19(3). Pp. 63-93.
- Flores Villavicencio, M.E., Fuentes Laguna, H.L., González Pérez, G.J., Meza Flores, I.J., Cervantes Cardona, G.A. y Valle Barbosa, M.A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Investigación*. 14(88).

- Fusté Bruzain, M., Pérez Inerárity, M. y Paz Enrique, L. E. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la casa de abuelos del Municipio de Camajuaní, Cuba. *Novedades y Población*.
- Gaffey, A. E., Lee, B., Clark, A. y Wirth, M. M. (2016). Aging and the HPA axis: Stress and resilience in older Adults. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.036>
- Gallardo-Peralta, L. y Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*. 38(2). Pp. 169-187. DOI: 10.4067/S0718-48082020000200169
- Ghazavi, Z., Feshangchi, S., Alavi, M. y Keshvari, M. (2016). Effect of a Family-Oriented Communication Skills Training Program on Depression, Anxiety, and Stress in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *Nursing and midwifery studies*. 5(1).
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal28550>
- González-Gaviria, D. y Bedoya-Gallego, D. (2019). Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 11(2). Pp. 99-121. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n2a04>
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J.A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P. y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38(133). Pp. 145-166. Doi: 10.4321/S0211-57352018000100008
- Guerra Guerrero, V. (2022). *Significado de la autotrascendencia en los cuidados integrales de personas mayores: Implicancias para su bienestar físico, mental y social, como parte de la calidad de vida*. En Universidad Autónoma de México (Ed.) Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: el ámbito comunitario (166-181). UNAM.
- Guerrero-Castañeda, R. F. y Chávez-Urías, R. A. (2020). Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson.

Cultura de los Cuidados. 24 (58). Pp. 7-18.

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>

Guevara Rodríguez F.E., Díaz Daza, A.F. y Caro Reyes, P.A. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*. 15(26).

Gutiérrez-Murillo, R.S., Khühl Svoboda, W., Gamarra, C.J. y Ferreira de Souza, E. (2021).

Entre lo que se dice y lo que se calla: visitando el concepto de empatía en la atención integral a la salud del adulto mayor. *Revista Española de Educación Médica*. Pp. 74-91. DOI: 10.6018/edumed.464911

Guzmán-Olea, E., Maya Pérez, E., López-Romero, D., Torres-Poveda, K.J., Madrid-Marina, V., Pimentel-Pérez, B.M. y Agis-Juárez, R.A. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Salud y Sociedad*. 8(1). Pp. 10-20.

Hernández Vergel, V. K., Solano Pinto, N. y Ramírez Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista venezolana de gerencia*. 26(95), 530-543 <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.95.6>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2016). *Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>

Iraizoz Barrios, A.M., Santos Luna, J.A., García Mir, V., Brito Sosa, G., Jaramillo Simbaña, R.M., León García, G., Solorzano Solorzano, S. y Rodríguez Delgado, I. (2022). El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 38(3).

Jijón Vásquez, R.J. y Blanco, M.R. (2018). Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica. *Enfermería Investiga*. 3(1). Pp. 16-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.04>

Jiménez-Aguilera, B., Baillet-Esquivel, L. E., Ávalos-Pérez, F. y Campos-Aragón, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*. 23(4). Pp. 129-133.

- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 62(2). Pp. 95–108. doi.org/1.1037/0003-066X.62.2.95
- Kuerten Rocha, P. y Lenise do Prado, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?. *Index de Enfermería*. 17(2). Pp. 128-132.
- Kuerten Rocha, P., Lenise do Prado, M. y Guerreiro Vieira da Silva, D.M. (2012). Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(6). Pp. 1019-1025.
- Lambiase, S., Tolli, M., Gonzalez Cuzi, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N. y Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *Revista de Psicología*.
- Ley General de Salud. (24-03-2023).
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Llanes Betancourt, C. (2020). Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. *Revista Cubana de Enfermería*. 36(4).
- Lluch Canut, M.T. (2018). Enfermería de salud mental: El arte y la ciencia del cuidar. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. DOI:
<http://doi.org/10.35761/reesme.2018.4.01>
- Londoño Palacio, O. L., Maldonado Granados, L. F. & Calderón Villafañez, L. C. (2016). Guía para construir estados del arte. *ICONK*.
- Lozano Sapuy, L. P. y Fajardo Ramos, E. (2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista Edu-fisica.com Ciencias Aplicadas al Deporte*.10(22). Pp. 85-98.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. y Cherkasskiy, L. (2011). *Emotional Intelligence*. En Sternberg, R. y Kaufman, S. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528-549). Cambridge.

- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de la vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento psicológico*. 14(2), 101-112 doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe
- Mejía López, K. (2017). La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales. *Poiésis*. Pp. 21-25. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.2493>
- Mentalhealth.gov. (27 de julio del 2021). *¿Qué es la salud mental?*
<https://espanol.mentalhealth.gov/basicos/que-es-salud-mental>
- Moreno Preciado, M. (2021). Crisis, contextos vulnerables y salud mental: un enfoque antropológico. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. DOI: <http://doi.org/1035761/reesme.2021.13.02>
- Moreta, R., Gabior, I. y Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud y Sociedad*. 4(2). Pp. 172-184
10.22199/S07187475.2017.0002.00005
- Navalón Alcañiz, R. y González-Moro, I.M. (2020). Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activo. *Retos*. Pp. 576-581.
- Navarrete-Mejía, P.J., Parodi, J.F., Rivera-Encinas, M.T., Runzer-Colmenares, F.M., Velasco-Guerrero, J.C., y Sullcahuaman-Valdiglesias, E. (2020). Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-COV-2, Lima-Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 13(1). Pp. 26-31.
- Nieves Ruiz, E.R., Ponce Trujillo, I., Medina Rosales, D. y Rangel Pulido, O. (2016). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Nure Investigación*. 13(84).
- Nkongho, N.O. (1990). *The caring ability inventory*. Springer. Pp. 3-16.
- Núñez Fadda, S.M., Gómez Chávez, L.F.J., Cortés Almanzar, P., Coronel López, D.E., González Fernández, M.S. y Aguirre Rodríguez, L.E. (2020). Actividades físicas,

culturales y artísticas determinantes en la autovaloración psicológica del adulto mayor. *Revista digital de educación física*. 11(62). Pp. 53-61.

Núñez Lira, L.A., Núñez Untiveros, J., Vigo Ayasta, E.R., Ruiz Gutiérrez, J.G., Rengifo Lozano, R.A. y Diaz Dumont, J.R. (2019). Impacto de las políticas sociales en la calidad de vida del adulto mayor. *Información, tecnología y empresas*. 5(1). Pp. 122-144.

Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (21 de febrero 2023). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Orosa, T. y Sánchez, L. (2020). Envejecer aprendiendo: la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. *Temas*. Pp. 125-132.

PENSIONISSSTE. (25 de agosto de 2017). *Día del adulto mayor*. <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes, C. L. M., y Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*. 11(2). Pp. 223-232. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>

Poblete Troncoso, M. y Hormazábal Salgado, R. (2022). *Aspectos éticos en el cuidado del adulto mayor en la comunidad*. En Universidad Autónoma de México (Ed.) Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: el ámbito comunitario (134-154). UNAM.

Reed, P. (2018). *Theory of Self-Transcendence*. En Smith, M. J. y Liehr, P. R. (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 119-145). Springer.

- Rivera Alvarez, L.N. y Triana, A. (2022). Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). *Index de Enfermería*. 32(1).
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A.L., Ramírez, M., Ferro, N. y Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*. 14(3). Pp. 191-198.
- Rodríguez Guardiola, B. y Tejera Concepción, J. F. (2020). Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad*. 12(3), 135-140.
- Rojas Martínez, M.V. (2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances En Enfermería*. 25(1). Pp. 33-45.
- Rubio, L., Dumitrache, C., Cordon-Pozo, E. y Rubio-Herrera, R. (2016). Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and in Old Age. *Clinical Gerontologist*. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2015.1132290>
- Ruvalcaba-Romero, N.A., Alfaro-Beracoechea, L.N., Orozco-Solís, G. y Rayón-Carlos, R. (2018). Construcción y validación de la Escala de Buen Trato en adultos mexicanos. *Revista de Educación y Desarrollo*. Pp. 7-14.
- Salazar-Moreno, C.A., Alonso-Castillo, M.M., Guzmán-Facundo, F.R. y López-García, K.S. (2020). Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos mayores. *Enfermería Universitaria*. Vol.17 (3). Pp. 262-272. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.853>
- Sánchez Fernández, G., Naún Savón, Y., Baró Bouly, T. y Serrano Durán, C. (2018). Protocolo de atención de enfermería al adulto mayor en instituciones de salud. *Revista Información Científica*. 97(5). Pp. 999-1009.
- Sánchez Gómez, M.B. (2016). Visión, conocimiento, sensibilidad e investigación. Componentes esenciales para avanzar en el cuidado del mayor. *Enfermería Clínica*. 26(2). Pp. 93-95.

- Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Tricanico Maciel, R. P. y Probst V.S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista Peruana Médica Experimental de Salud Pública*. 37(2). Pp. 341-349. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Tapia Corral, A.I., Hinojosa Espinosa, A.M., Muñoz Atiaga, D.R. y Ortega Freire, Y.M. (2022). La Arteterapia como herramienta Estimulante para la Actividad Cognitiva en Adultos Mayores. *Dominio de las ciencias*. 8(1). Pp. 750-767.
- Techera, M.P., Ferreira, A.H., Sosa, C.L., de Marco, N.V. y Muñoz, L.A. (2017). Significados que le atribuyen al envejecimiento activo y saludable un grupo de personas mayores que viven en comunidad. *Texto y Contexto: Enfermagem*. 26(3).
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, D.R. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 33(2). Pp. 342-350.
- Torres-Hernández, E. y Arias-López, B. (2018). Envejecimiento y salud mental en contextos migratorios. *Enfermería Universitaria*. 16(9). Pp. 86-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.590>
- Tuarez-Lino, J.M., Figueroa-Castro, P.A., Lino-Santana, J.L. y Delgado-Orellana, J.V. (2023). Perspectivas epistemológicas de la gestión del cuidado en enfermería. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*. 9(16). Pp. 102-112. DOI 10.35381/cm.v9i16.1028
- Valdez-Huirache, M.G. y Álvarez-Bocanegra, C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*. 17(2). Pp.113-121. DOI: 10.19136/hs.a17n2.1988
- Vargas, G., Lozano, M. y Quijije, R. (2020). Aproximación teórica del autocuidado del adulto mayor y los paradigmas de enfermería. *Universidad, Ciencia y Tecnología*. Pp. 37-43.

- Vargas-Santillán, M.L., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M.L., Ruelas-González, M.G., Melguizo-Herrera, E. y Ruiz-Martínez, A.O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 17(2). Pp.171-182. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6
- Velis Aguirre, L.M., Macías Solórzano, C.G., Vargas Aguilar, G.M. y Lozano Domínguez, M.M. (2018). Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. 2(3). Pp. 136-153.
- Villagra Rivera, N. y Ruoti Cosp, M. (2018). Empoderamiento enfermero en las unidades de cuidados intensivos de adultos en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 16(1). Pp. 84-93. DOI: 10.18004/Mem.iics/1812-9528/2018.016(01)84-93
- Villaruel Vargas, J.F., Cárdenas Naranjo, V.H. y Miranda Vázquez, J.M. (2017). Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2(1).
- Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., y Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*.10(1). Pp. 3-17. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
- Zambrano-Calozuma, P.A. y Estrada-Cherre, J.P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento*. 5(2). Pp. 3-21. DOI: 10.23857/pc.v5i2.1246

9. ANEXOS

Anexo 1. Carta descriptiva sesión 1 para el cuidador formal.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Fenómeno del envejecimiento y cambios físicos y mentales en el AM
Objetivo:	Que el CF reflexione respecto al aumento de la población AM y analice los diferentes cambios que el envejecimiento desencadena.

ESTRATEGIA:

Clase interactiva desarrollada mediante una discusión guiada enfocada al análisis del fenómeno del envejecimiento y cambios físicos y mentales en el AM

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

<ul style="list-style-type: none"> Asistencia a la sesión. Participación durante la dinámica de clase.
--

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se presentará el programa de las sesiones, el tiempo que se empleará en cada una de ellas, se realizará una evaluación inicial para conocer el nivel de conocimientos y la habilidad para el cuidado que los cuidadores formales tienen; y, se continuara con el primer tema a discutir.	20 minutos.	Computadora. Presentación de mapa mental en Power Point de la temática general. Trípticos. Guía para la discusión.
Desarrollo	El implementador realizará la presentación del tema general titulado “Fenómeno del envejecimiento y cambios físicos y mentales en el AM”, desarrollando durante la discusión guiada los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento poblacional: ¿Cuántos Adultos Mayores existen en el mundo? Definición de envejecimiento. Atributos del concepto de envejecimiento. Cambios físicos durante el envejecimiento. Cambios mentales durante el envejecimiento. 	30 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Asignación de trípticos informativos.	15 minutos.	



REFERENCIAS:

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Banco Mundial. (2019). Población de 65 años de edad y más (% del total). Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- UNAM. (9 de julio de 2021). México, en proceso de envejecimiento. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_574.html
- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2021). Envejecimiento y Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Kánter-Coronel I. Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. *Mirada Legislativa* [Internet]. 2021 [Consultado el 2022 Abr 09]. (No. 204): 1-22. Disponible en: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/5295>
- Esmeraldas Vélez, E.E., Falcones Centeno, M.R., Vásquez Zevallos, M.G. y Solórzano Vélez, J.A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 3(1). Pp. 58-74. DOI: 10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74
- Navalón Alcañiz, R. y González-Moro, I.M. (2020). Valoración del grado de deterioro funcional y fragilidad en adultos mayores activo. *Retos*. Pp. 576-581.
- Armas Ramírez, N., Alba Pérez, L.D.C. y Endo Milán, J.Y. (2019). Enfoque salutogénico en el estudio de la autoestima del adulto mayor. *Revista Educación Médica del Centro*. 11(3). Pp. 282-288.
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S. y Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*. 10(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Instituto nacional de geriatría. (s/f). *Envejecimiento y vejez*. http://inquer.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf

Anexo 2. Carta descriptiva sesión 2 para el cuidador formal.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Problemas de SM más frecuentes en el AM/rol de enfermería en el cuidado al AM en SM/Enfermería y el equipo multidisciplinar
Objetivo:	Que el CF identifique las problemáticas más frecuentes en el AM respecto a la SM y analice el papel que juega dentro del cuidado del AM y el equipo multidisciplinar.

ESTRATEGIA:

Clase teórica con metodología expositiva enfocada al análisis de los problemas de SM más frecuentes en el AM, el rol de enfermería en el cuidado al AM en SM, y, su papel en el equipo multidisciplinar.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña retroalimentación sobre la sesión anterior, y, se continuará con el primer tema mediante un video “Salud Mental en el Adulto Mayor”, luego se abonará al tema mediante los puntos de vista.	15 minutos.	Computadora. Internet. Presentación en Power Point. Videos.
Desarrollo	Después de terminar de contextualizar, el implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de SM más frecuentes • Eventos Estresantes de Vida • Pausa activa antiestrés • Cuidados al AM respecto a su SM • Equipo multidisciplinar en el trato al AM 	40 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Se finaliza con el video “Personas mayores: ¿Cómo proteger su salud mental?”	15 minutos.	



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



REFERENCIAS:

- Video de inicio: <https://www.youtube.com/watch?v=NICfOkKa6JU>
- Video de cierre: <https://www.youtube.com/watch?v=AC7nnoFKZTU>
- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajiqj-BVh4>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Rodríguez Guardiola, B. & Tejera Concepción, J. F. (2020). Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad*. 12(3), 135-140.
- Salazar-Moreno, C.A., Alonso-Castillo, M.M., Guzmán-Facundo, F.R. y López-García, K.S. (2020). Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos mayores. *Enfermería Universitaria*. Vol.17 (3). 262-272. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.853>
- Tello-Rodríguez T, Alarcón DR, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev. Perú med. exp. salud pública* [Internet]. 2016 [Consultado el 2022 Abr 09]; 33(2): 342-350. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>.
- American Psychological Association. Comprendiendo el estrés crónico [Internet]. APA; 2013 Abr [Consultado el 2022 Abr 13] Disponible en: <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- Bellingtier JA, Neupert SD. Las actitudes negativas hacia el envejecimiento predicen una mayor reactividad a los factores estresantes diarios en adultos mayores. *The Journals of Gerontology* [Internet]. 2018 [Consultado el 2022 May 10]; 73(7): 1155–1159. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw086>
- Rubio L, Dumitrache C, Cordon-Pozo E & Rubio-Herrera R. Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and Vejez. *Clinical Gerontologist* [Internet]. 2016 [Consultado el 2022 May 10]; 39(5): 468-488. DOI: 10.1080/07317115.2015.1132290
- Vargas-Santillán, M.L., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M.L., Ruelas-González, M.G., Melguizo-Herrera, E. y Ruiz-Martínez, A.O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 17(2). Pp.171-182. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.6
- Velis Aguirre, L.M., Macías Solórzano, C.G., Vargas Aguilar, G.M. y Lozano Domínguez, M.M. (2018). Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*. 2(3). Pp. 136-153.
- Blouin, C., Tirado Ratto, E. y Mamani Ortega, F. (2018). La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Pontificia Universidad Católica del Perú. URL: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/133591/publicacion-virtual-pam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Orosa, T. y Sánchez, L. (2020). Envejecer aprendiendo: la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. *Temas*. Pp. 125-132.

Anexo 3. Carta descriptiva para la sesión “Perfil actitudinal durante el cuidado al AM”.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Perfil actitudinal durante el cuidado al AM
Objetivo:	Que el CF identifique las actitudes necesarias para el trato con el AM y analice su importancia dentro de las relaciones humanas y dentro del cuidado del AM.

ESTRATEGIA:

Clase teórica con metodología expositiva enfocada al análisis de las actitudes necesarias para el cuidado del AM

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema
- Aplicación de test de personalidad
- Realizar esquema con autoanálisis: ¿dónde estoy y a dónde quiero ir?

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña retroalimentación sobre la sesión anterior; y, se continuará con el primer tema mediante un test de personalidad y otro de actitudes, luego se abonará al tema mediante los puntos de vista.	25 minutos.	Computadora. Internet. Presentación en Power Point.
Desarrollo	Después de terminar de contextualizar, el implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son las actitudes? • Importancia de las actitudes en las relaciones humanas. • Las actitudes necesarias para el cuidado. • Pausa activa antiestrés • La importancia de las actitudes durante el trato al AM. • Buen trato y cuidado empático. 	40 minutos.	Test Hojas bolígrafos
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Se finaliza con la elaboración de un esquema de autoanálisis llamado “¿dónde estoy y a dónde	20 minutos.	



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



	<p>quiero ir?” que consiste en analizar con base al test y percepción propia sus fortalezas, actitudes y debilidades y compararlo con las cualidades a las que quiero llegar a ser, para hacer una reflexión posterior de la importancia del crecimiento personal para beneficio propio y de los demás</p>		
--	--	--	--

REFERENCIAS:

- Gutiérrez-Murillo, R.S., Khühl Svoboda, W., Gamarra, C.J. y Ferreira de Souza, E. (2021). Entre lo que se dice y lo que se calla: visitando el concepto de empatía en la atención integral a la salud del adulto mayor. *Revista Española de Educación Médica*. Pp. 74-91. DOI: 10.6018/edumed.464911
- Lozano Sapuy, L. P. y Fajardo Ramos, E. (2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista Edu-fisica.com Ciencias Aplicadas al Deporte*. 10(22). Pp. 85-98.
- Ruvalcaba-Romero, N.A., Alfaro-Beracoechea, L.N., Orozco-Solís, G. y Rayón-Carlos, R. (2018). Construcción y validación de la Escala de Buen Trato en adultos mexicanos. *Revista de Educación y Desarrollo*. Pp. 7-14.
- González-Gaviria, D. y Bedoya-Gallego, D. (2019). Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 11(2). Pp. 99-121. DOI: [https://doi.org/10.17533/ udea.rp.v11n2a04](https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n2a04)
- Medina Fernández, I. A., Medina Fernández, J.A., Torres Obregón, R., Sosa Cárdenas, R., Chale Pool, G.W. y Chaparro-Díaz, L. (2021). Attitudes towards old age and attitudes towards elderly's sexuality in students and nursing professionals. *Gerokomos*. 32(1). Pp. 17-21. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100005>
- Sampén Celis, J.D., Varela Pinedo, L.F., Díaz Vélez, C., Tello Rodríguez, T. y Ortiz Saavedra, P.J. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*. 29(3). Pp. 148-154. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300004&lng=es&tlng=es
- Aguilar, L. (2020). Relaciones humanas. <https://lacatholics.org/wp-content/uploads/2021/02/B01-Relaciones-Humanas-Laura-Aguilar-Junio-2020.pdf>
- Test de personalidad: <https://www.psicoinactiva.com/tests/test-personalidad.htm>
- Test de actitudes y aptitudes para aprender: <https://pruebat.org/lo-que-debes-saber-sobre-aptitudes-y-actitudes/test-que-tipos-de-actitudes-y-aptitudes-sueles-tener-para-aprender/50701-449676>
- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>

Anexo 4. Carta descriptiva para sesión teórico-práctica.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Herramientas para el autocuidado de la SM
Objetivo:	Que los participantes identifiquen, reflexionen y empleen las técnicas y actividades que pueden realizar para cuidar su SM, así como también, para cuidar a otros.

ESTRATEGIA:

Clase teórico-práctica enfocada a la reflexión, análisis y aplicación de técnicas de autocuidado de la SM.
--

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la sesión. • Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al curso-taller.
--

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña introducción al curso-taller, luego se abonará al tema mediante los puntos de vista de los participantes	15 minutos.	Computadora. Internet. Presentación en Power Point. Hojas. Bolígrafos. Guías de procedimiento cortas.
Desarrollo	Después de terminar de contextualizar, el implementador realizará la introducción a la parte teórica, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • ¿cómo puedo mejorar mi SM? • ¿Cuándo buscar ayuda profesional? • Pausa activa antiestrés. Posterior se procede a desarrollar la parte práctica abordando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación • Inteligencia emocional 	40 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Evaluación final. Entrega de pequeñas guías con los pasos para la realización de técnicas y desarrollo de la inteligencia emocional	20 minutos.	



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywaiqj-BVh4>
- Medline Plus. (2020). Cómo mejorar la salud mental. <https://medlineplus.gov/spanish/howtoimprovementalhealth.html>
- National Institute of Mental Health. (2022). El cuidado de su salud mental. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
- Instituto Superior de estudios Psicológicos. (s/f). 10 consejos para mejorar la salud mental. <https://www.isep.es/actualidad/10-consejos-cuidar-salud-mental/>
- Neuron Psicología. (2023). Técnicas de relajación. <https://neuronpsicologia.com/areas-de-intervencion/tecnicas-de-relajacion/>
- Psicología y mente. (2016). 7 técnicas de relajación fáciles para combatir el estrés. <https://psicologiaymente.com/vida/tecnicas-relajacion-combatir-estres>
- Aprende institute. (2023). Técnicas para mejorar la inteligencia emocional. <https://aprende.com/blog/bienestar/inteligencia-emocional/tecnicas-para-mejorar-la-inteligencia-emocional/>
- Moll, S. (27 de enero de 2016). 5 técnicas efectivas que aumentarán tu Inteligencia Emocional. <https://justificaturespuesta.com/5-tecnicas-efectivas-que-aumentaran-tu-inteligencia-emocional/>

Anexo 5. Carta descriptiva sesión 1 para el cuidador informal.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE PLAN DE CLASE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Tema(s)	Orígenes del cuidado, características y su importancia al trabajar con el AM
Objetivo:	Que el CI reflexione sobre el cuidado y sus características para mejorar el trato en el AM

ESTRATEGIA:

Clase interactiva mediante discusión guiada enfocada a la reflexión del cuidado y sus características principales.
--

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la sesión. • Participación durante la dinámica de clase.
--

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar esquema con las características principales del cuidado y formular una concepción propia del cuidado respecto a lo integrado durante la sesión.
--

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se iniciará explicando las sesiones y tiempos a tomar durante la capacitación. Se proseguirá aplicando los instrumentos de evaluación; y, se finalizará el inicio con la explicación del tema central y la dinámica de enseñanza aprendizaje.	20 minutos.	Computadora. Presentación de mapa mental en Power Point del tema en general. Hojas. Bolígrafos. Guía para la discusión guiada.
Desarrollo	El implementador realizará la introducción a la discusión guiada, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el cuidado? • Orígenes del cuidado. • Pausa activa antiestrés. • Características del cuidado. • El cuidado en el AM. 	30 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Se finaliza con la elaboración de un esquema que consiste en describir las características del cuidado que el cuidador considera más importantes para luego hacer una reflexión de ello, además, se	20 minutos.	



	pedirá una construcción propia del cuidado respecto a lo visto en la sesión.		
--	--	--	--

REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>
- Sánchez Gómez, M.B. (2016). Visión, conocimiento, sensibilidad e investigación. Componentes esenciales para avanzar en el cuidado del mayor. *Enfermería Clínica*. 26(2). Pp. 93-95.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A.L., Ramírez, M., Ferro, N. y Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*. 14(3). Pp. 191-198.
- Tuarez-Lino, J.M., Figueroa-Castro, P.A., Lino-Santana, J.L. y Delgado-Orellana, J.V. (2023). Perspectivas epistemológicas de la gestión del cuidado en enfermería. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*. 9(16). Pp. 102-112. DOI 10.35381/cm.v9i16.1028
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar*. Editorial Vozes. Pp. 23-33.
- Guerra Guerrero, V. (2022). Significado de la autotrascendencia en los cuidados integrales de personas mayores: Implicancias para su bienestar físico, mental y social, como parte de la calidad de vida. En Universidad Autónoma de México (Ed.) *Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: el ámbito comunitario* (166-181). UNAM.
- Banda González, O. L., Vázquez Salazar, G., Ibarra González, C. & De los Reyes Nieto, L. R. (2005). Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado. *Revista Cultura de los Cuidados*. Pp. 60-67.
- Poblete Troncoso, M. & Hormazábal Salgado, R. (2022). Aspectos éticos en el cuidado del adulto mayor en la comunidad. En Universidad Autónoma de México (Ed.) *Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: el ámbito comunitario* (134-154). UNAM

Anexo 6. Carta descriptiva sesión 2 para el cuidador informal.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	El AM como ser multidimensional, cambios, estigmatización y abordaje como CI
Objetivo:	Que el CI analice los cambios presentados en el AM en sus diferentes esferas y reflexione sobre la estigmatización y su papel como apoyo en esta etapa.

ESTRATEGIA:

Clase teórica con metodología expositiva enfocada al análisis del AM como ser multidimensional y el abordaje que el CI debe tener.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se iniciará la sesión con una pequeña retroalimentación de lo visto anteriormente, y posterior, se dará apertura al tema con el video titulado “¿Cómo es el proceso de envejecimiento normal?” y se proseguirá con las opiniones de los cuidadores respecto a lo visto.	15 minutos.	Computadora. Presentación en Power Point. Video. Guía para el debate.
Desarrollo	El implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • El AM • Cambios en el AM • Pausa activa antiestrés • Estigma en el AM • Los cuidadores como apoyo para el AM 	35 minutos.	
Cierre	Debate sobre los temas expuestos mediado y guiado por el implementador. Conclusiones.	10 minutos.	



REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>
 - Banda González, O. L., Vázquez Salazar, G., Ibarra González, C. & De los Reyes Nieto, L. R. (2005). Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado. *Revista Cultura de los Cuidados*. Pp. 60-67.
 - Poblete Troncoso, M. & Hormazábal Salgado, R. (2022). Aspectos éticos en el cuidado del adulto mayor en la comunidad. En Universidad Autónoma de México (Ed.) *Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: el ámbito comunitario* (134-154). UNAM
 - Cuadra-Peralta, A., Medina Cáceres, E.F. y Salazar Guerrero, K.J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*. 11(35). Pp. 56-67.
 - Banda González, O. L., Vázquez Salazar, G., Ibarra González, C. & De los Reyes Nieto, L. R. (2005). Calidad del cuidado del adulto mayor en escenario no institucionalizado. *Revista Cultura de los Cuidados*. Pp. 60-67.
 - Nieves Ruiz, E.R., Ponce Trujillo, I., Medina Rosales, D. y Rangel Pulido, O. (2016). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Nure Investigación*. 13(84).
 - Da Silva Rodrigues, C.Y. (2019). *Ser Cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor*. Manual moderno.
https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=tZCODwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&q=cuidado+del+adulto+mayor&ots=pgdCt0SXB1&sig=TTQDtLbNSb1-ZhNwyE9N3xT6K1Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true
 - Flores Villavicencio, M.E., Fuentes Laguna, H.L., González Pérez, G.J., Meza Flores, I.J., Cervantes Cardona, G.A. y Valle Barbosa, M.A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Investigación*. 14(88).
 - Rojas Martínez, M.V. (2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances En Enfermería*. 25(1). Pp. 33-45.
 - Instituto nacional de las personas adultas mayores. (15 de julio de 2019). Cambios psicosociales del envejecimiento. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento>
 - El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. <https://www.mheducation.es/bcv/quide/capitulo/8448176898.pdf>
 - Rama Arauz, F.E. (2014). Adultos mayores: Aceptación, comprensión y estigma. El significado de estudiantes de la Región Centro de México. *Psicología para América Latina*. Pp. 169-196.
- de Haro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez: Una etnografía en residencias para mayores. *Intersecciones en antropología*. 15(2). Pp. 445-459
 - Video inicial: <https://www.youtube.com/watch?v=vzbijwqtXBw>

Anexo 7. Carta descriptiva sesión 3 para el cuidador informal.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Conocimientos básicos de SM, problemas de SM más frecuentes en el AM y la importancia de su abordaje hoy en día.
Objetivo:	Que el CI analice las bases respecto a la SM e identifique las problemáticas más frecuentes en el AM respecto a esta misma esfera.

ESTRATEGIA:

Clase teórica con metodología expositiva enfocada al análisis de los problemas de SM más frecuentes en el AM; además, de dar bases respecto a la SM en general.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema.
- Lluvia de ideas sobre las problemáticas más frecuentes en el AM respecto a la SM.

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña retroalimentación sobre la sesión anterior, y, se continuará con el primer tema.	10 minutos.	Computadora. Internet. Presentación en Power Point. Trípticos. Video.
Desarrollo	Después de terminar de contextualizar, el implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la SM? • Problemas de SM más frecuentes • Eventos Estresantes de Vida • Pausa activa antiestrés • Cuidados al AM respecto a su SM 	40 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Se finaliza con el video "Personas mayores: ¿Cómo proteger su salud mental?" Entrega de trípticos informativos.	15 minutos.	

REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>
- Video de cierre: <https://www.youtube.com/watch?v=AC7nnoFKZTU>



- Medline Plus. (11 de agosto de 2021). Salud Mental. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Medical News Today. (20 de agosto de 2021). Salud mental: Definición, trastornos comunes, primeras señales y más. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). La salud mental y los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Rodríguez Guardiola, B. & Tejera Concepción, J. F. (2020). Tratamiento del estrés en el adulto mayor. *Revista Universidad y Sociedad*. 12(3), 135-140.
- Salazar-Moreno, C.A., Alonso-Castillo, M.M., Guzmán-Facundo, F.R. y López-García, K.S. (2020). Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos mayores. *Enfermería Universitaria*. Vol.17 (3). 262-272. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.853>
- Tello-Rodríguez T, Alarcón DR, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev. Perú med. exp. salud pública* [Internet]. 2016 [Consultado el 2022 Abr 09]; 33(2): 342-350. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J.A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P. y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38(133). Pp. 145-166. Doi: 10.4321/S0211-57352018000100008

Anexo 8. Carta descriptiva sesión 1 para el AM.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Proceso de envejecimiento y los cambios en esta etapa.
Objetivo:	Que el AM reflexione los cambios presentados en el proceso de envejecimiento.

ESTRATEGIA:

Clase interactiva mediante discusión guiada enfocada a la reflexión del proceso de envejecimiento y sus cambios en el AM.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

<ul style="list-style-type: none"> Asistencia a la sesión. Participación durante la dinámica de clase.
--

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se iniciará explicando el número de sesiones y tiempos a ocupar, posteriormente se realizará la evaluación inicial y se dará entrada al tema a través de un video llamado “¿Cómo es el proceso de envejecimiento normal?”	20 minutos.	Computadora. Presentación de mapa mental en Power Point del tema general. Video. Guía para la discusión.
Desarrollo	El implementador realizará la introducción a la discusión guiada, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> Qué es el envejecimiento Principales cambios en el AM Pausa activa antiestrés 	25 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones.	10 minutos.	



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>
- Video inicial: <https://www.youtube.com/watch?v=yzbijwgtXBw>
- Nieves Ruiz, E.R., Ponce Trujillo, I., Medina Rosales, D. y Rangel Pulido, O. (2016). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Nure Investigación*. 13(84).
- El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Esmeraldas Vélez, E.E., Falcones Centeno, M.R., Vásquez Zevallos, M.G. y Solórzano Vélez, J.A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 3(1). Pp. 58-74. DOI: 10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74
- Clínica Good Hope. (01 de octubre de 2020). Día del Adulto Mayor: ¿Sabes qué cambios se presentan a esta edad? <https://www.goodhope.org.pe/blog/dia-del-adulto-mayor-sabes-que-cambios-se-presentan-a-esta-edad-2/>

Anexo 9. Carta descriptiva sesión 2 para el AM.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	el AM y su SM: la importancia de identificar y manejar estados emocionales o psicológicos que disminuyan el bienestar
Objetivo:	Que el AM identifique los estados emocionales o psicológicos que disminuyen su bienestar y analice la importancia que estos tienen sobre su salud.

ESTRATEGIA:

Clase teórica con metodología expositiva enfocada al análisis sobre la importancia y repercusiones que los estados emocionales o psicológicos desencadenan en la SM.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema.

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña retroalimentación sobre la sesión anterior; y, se continuará con el primer tema mediante el video “Qué es la salud mental y cómo podemos cuidarla”	10 minutos.	Computadora. Internet. Presentación en Power Point. Videos. Bolígrafos. Hojas de papel. 3 cajas de cartón.
Desarrollo	El implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • La importancia de la SM • Eventos Estresantes de Vida • Pausa activa antiestrés • Afrontamiento a EEV 	30 minutos.	
Cierre	Retroalimentación. Conclusiones. Se finaliza con la dinámica de “las 3 urnas”.	25 minutos.	

REFERENCIAS:

- Ideas de pausas activas: <https://www.youtube.com/watch?v=Ywajqi-BVh4>
- Video de inicio: <https://www.youtube.com/watch?v=owr6b1WxWHM>
- Salazar-Moreno, C.A., Alonso-Castillo, M.M., Guzmán-Facundo, F.R. y López-García, K.S. (2020). Sentido de Coherencia asociado con los Eventos Estresantes de la Vida en adultos



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



mayores. *Enfermería Universitaria*. Vol.17 (3). 262-272.

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.853>

- American Psychological Association. Comprendiendo el estrés crónico [Internet]. APA; 2013 Abr [Consultado el 2022 Abr 13] Disponible en: <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- Rubio L, Dumitrache C, Cordon-Pozo E & Rubio-Herrera R. Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and Vejez. *Clinical Gerontologist* [Internet]. 2016 [Consultado el 2022 May 10]; 39(5): 468-488. DOI: 10.1080/07317115.2015.1132290
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M. y Ring, J.M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En Balbuena Vilarrasa, A., Berrios, G.E. y Fernández de Larrinoa Palacios, P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Pp. 425-435. Barcelona: Masson.
https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Geriatricarea. (julio 2022). *La salud mental en el adulto mayor*.
<https://www.geriatricarea.com/2022/07/12/la-salud-mental-en-el-adulto-mayor/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (30 de diciembre de 2019). *Salud mental en personas mayores*. <https://www.qob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>
- Dinámica: AulaFácil. (s/f). Dinámica para reflexionar, identificar problemas y proponer soluciones: "Las tres urnas". <https://www.aulafacil.com/cursos/psicologia/taller-de-habilidades-sociales-y-comunicacion/dinamica-para-reflexionar-identificar-problemas-y-proponer-soluciones-las-tres-urnas-111588>

Anexo 10. Carta descriptiva sesión 3 para el AM.



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Enfermería y Nutriología



ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

Tema(s)	Empoderamiento: clave para el autocuidado de la SM en el AM
Objetivo:	Fomentar el empoderamiento en el AM mediante la información y autocuidado de su SM

ESTRATEGIA:

Clase teórico-práctica con metodología expositiva enfocada al autocuidado de la SM del AM.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO:

- Asistencia a la sesión.
- Participación.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE:

- Retroalimentación a través de la socialización de las perspectivas respecto al tema.

SESION:

Momentos	Actividades de enseñanza	Tiempo	Recursos didácticos
Inicio	Se dará una pequeña retroalimentación sobre la sesión anterior; y, se continuará con el primer tema mediante el video "Empoderamiento de los adultos mayores"	10 minutos.	Computadora. Presentación en Power Point.
Desarrollo	El implementador realizará la introducción a la presentación, la cual tiene los siguientes apartados: <ul style="list-style-type: none"> • Derechos de los AM • Técnica espejo • Empoderamiento en el AM • Envejecimiento exitoso • Afrontamiento del estrés 	30 minutos.	Video. Bolígrafos. Hojas de papel. Espejos.
Cierre	Se finaliza con un conversatorio sobre el tema en general. Conclusiones.	15 minutos.	

REFERENCIAS:

- Geriatricarea. (enero 2017). *Empoderar a las personas mayores... ¿por qué?* <https://www.geriatricarea.com/2017/01/11/empoderar-a-las-personas-mayores-por-que/>
- Ros-Sánchez, T. y Lidón-Cerezuela, B. (2018). La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. Estudio cualitativo. *Gerokomos*. 29(1).
- Durán Muñoz, R. (2007). Envejecer y empoderar. Una propuesta analítica. *Elsevier*. 42(5). Pp. 293-301. DOI: 10.1016/S0211-139X(07)73565-5

- Durán Muñoz, R. (2007). Envejecer y empoderar. Una propuesta analítica. *Elsevier*. 42(5). Pp. 293-301. DOI: 10.1016/S0211-139X(07)73565-5
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (s/f). Derechos de las personas adultas mayores. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-de-las-personas-adultas-mayores>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (14 de noviembre de 2016). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores>
- Kelly, P. (2019). Empoderamiento de los adultos mayores. <https://www.youtube.com/watch?v=aFPnUcJ0s04>
- Psicología y mente. (29 de marzo de 2019). La técnica del espejo para mejorar tu autoestima. <https://psicologiaymente.com/psicologia/tecnica-del-espejo-mejorar-autoestima>
- Sarabia Cobo, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 20(4). Pp. 172-174.
- Rigeiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23(1). Pp. 102-109.
- Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Elsevier*. 51(4). Pp. 229-241. DOI: 10.1016/j.regg.2015.10.003
- Quintana Vázquez, J.J., Jiménez Rodríguez, A.J. y Serrano Pérez, H.V. (2021). Envejecimiento exitoso: un concepto que requiere difusión. *Ocronos*. 4(3).
- Mundo psicólogos. (21 de diciembre de 2020). ¿Qué son las estrategias de afrontamiento y cómo te pueden ayudar? <https://www.mundopsicologos.com/articulos/estres-y-estrategias-de-afrontamiento>
- Instituto europeo de salud y bienestar social. (s/f). 20 técnicas para afrontar el estrés. <https://institutoeuropeo.es/articulos/blog/tecnicas-para-afrontar-el-estres/>

Anexo 11. Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI).

INDICADOR	Fuertemente de acuerdo → Fuertemente en desacuerdo ←						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Creo que aprender toma tiempo	1	2	3	4	5	6	7
2. El presente está lleno de oportunidades	1	2	3	4	5	6	7
3. Suelo decir lo que siento a los demás	1	2	3	4	5	6	7
4. Es muy poco lo que puedo hacer por una persona que se siente discapacitada	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo ver la necesidad de cambio en mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo la capacidad de que la gente me agrade a pesar de que yo no les agrade	1	2	3	4	5	6	7
7. Entiendo a la gente fácilmente	1	2	3	4	5	6	7
8. Conozco suficiente este mundo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me doy tiempo para conocer a las personas	1	2	3	4	5	6	7
10. A veces me gusta involucrarme en actividades y otras no me gusta estar involucrado	1	2	3	4	5	6	7
11. No hay nada más que pueda hacer para mejorar la vida	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento incómodo sabiendo de otros dependen de mí	1	2	3	4	5	6	7
13. No me gusta dejar mis cosas para ayudar a otra gente	1	2	3	4	5	6	7
14. En el trato con la gente, me es difícil expresar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
15. No importa lo que diga mientras haga lo correcto							

16. Encuentro difícil entender cómo se siente otra persona si no he tenido experiencias similares	1	2	3	4	5	6	7
17. Admiro a las personas tranquilas, calmadas y pacientes	1	2	3	4	5	6	7
18. Creo que es importante aceptar y respetar las actitudes y sentimientos de otros	1	2	3	4	5	6	7
19. Las personas pueden confiar en que haré lo que dije	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que se puede mejorar	1	2	3	4	5	6	7
21. Los buenos amigos se cuidan entre ellos	1	2	3	4	5	6	7
22. Le encuentro significado a cada situación	1	2	3	4	5	6	7
23. Temo dejar a aquellos que estimo por temor a que les pase algo	1	2	3	4	5	6	7
24. Me gusta ofrecer apoyo a la gente	1	2	3	4	5	6	7
25. No me gusta hacer compromisos más allá de del presente	1	2	3	4	5	6	7
26. Realmente me acepto como soy	1	2	3	4	5	6	7
27. Veo fortalezas y debilidades en cada individuo	1	2	3	4	5	6	7
28. Generalmente las nuevas experiencias me asustan	1	2	3	4	5	6	7
29. Temo que otros conozcan cómo soy	1	2	3	4	5	6	7
30. Acepto a la gente tal y como es	1	2	3	4	5	6	7
31. Cuando estimo a alguien no temo ocultar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
32. No me gusta que me pidan ayuda	1	2	3	4	5	6	7
33. Puedo expresar mis sentimientos a la gente en forma cálida y afectuosa	1	2	3	4	5	6	7
34. Me gusta hablar con la gente	1	2	3	4	5	6	7

35. Me considero sincero en mis relaciones con otros	1	2	3	4	5	6	7
36. La gente necesita privacidad para pensar y sentir	1	2	3	4	5	6	7
37. Puedo abordar a la gente en cualquier momento	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 12. Evaluación de conocimientos para los cuidadores formales.

Pregunta	1 En desacuerdo	2 Ni acuerdo ni desacuerdo	3 De acuerdo
1. Se estima que para 2050 la población adulta mayor aumenta a 2,000 millones			
2. El envejecimiento es un proceso gradual de tipo biológico, psicológico y social			
3. Algunos de los cambios físicos que más afectan al adulto mayor son los síndromes geriátricos			
4. Los problemas de salud mental más frecuentes en el adulto mayor son la ansiedad, estrés y depresión			
5. Los eventos estresantes de vida fomentan la preocupación y/o agobio en cualquier etapa de la vida			
6. El reforzar las redes de apoyo es imprescindible para el cuidado de la salud mental			
7. Las actitudes son la forma de reaccionar ante eventos o personas para estructurar la visión que tenemos del mundo			
8. El cuidado empático es clave para el cuidado del adulto mayor respecto a su salud mental			
9. La inteligencia emocional y las técnicas de relajación fomentan una mejor salud mental solo en el adulto mayor			
10. El trabajo multidisciplinar puede contribuir en el cuidado del adulto mayor respecto a su salud mental			

Anexo 13. Evaluación de conocimientos para los cuidadores informales.

Pregunta	1 En desacuerdo	2 Ni acuerdo ni desacuerdo	3 De acuerdo
1. El cuidado se trata de una actitud que revela el modo de ser del individuo			
2. El conocimiento necesario para brindar cuidado al adulto mayor requiere del conocimiento a profundidad de los cambios que se producen durante el envejecimiento a nivel físico y mental			
3. Algunos de los cambios físicos que más afectan al adulto mayor son los síndromes geriátricos			
4. Los problemas de salud mental más frecuentes en el adulto mayor son la ansiedad, estrés y depresión			
5. Los eventos estresantes de vida fomentan la preocupación y/o agobio en cualquier etapa de la vida			
6. El reforzar las redes de apoyo es de gran importancia para el bienestar y cuidado de la salud mental			
7. Las actitudes son la forma de reaccionar ante eventos o personas para estructurar la visión que tenemos del mundo			
8. El cuidado empático es clave para el cuidado del adulto mayor respecto a su salud mental			
9. La inteligencia emocional y las técnicas de relajación fomentan una mejor salud mental solo en el adulto mayor			
10. La salud mental se refiere al bienestar cognitivo, conductual y emocional			

Anexo 14. Evaluación de conocimientos para el AM.

Pregunta	1 En desacuerdo	2 Ni acuerdo ni desacuerdo	3 De acuerdo
1. durante el envejecimiento se experimentan solo cambios físicos			
2. Los cambios sociales y emocionales son menos importantes que los cambios físicos durante el envejecimiento			
3. los problemas de salud mental son una parte normal del envejecimiento			
4. La salud mental se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables			
5. Los eventos estresantes de vida son aquellas situaciones que causan preocupación y agobio, por ejemplo, la pérdida de seres queridos			
6. El empoderamiento de los adultos mayores ayuda a tener un mejor cuidado propio y aumentar la salud mental			
7. el envejecimiento exitoso es la habilidad que tiene cada persona para disminuir el riesgo de una mala calidad de vida			
8. El control de mis emociones y sentimientos me puede ayudar a sobrellevar el estrés o situaciones que me preocupan			
9. El hacer ejercicio y dormir bien ayudan a mi salud mental			
10. Se debe buscar ayuda profesional cuando mis habilidades de afrontamiento estén debilitadas			

Anexo 15. Inventario de Estrés en la Vida de los Adultos Mayores.(ELSI)

Instrucciones: Por favor leer a cada adulto mayor cada pregunta que se encuentra a continuación. Si no experimento el evento DURANTE EL ULTIMO AÑO, circula 0. Si lo experimento, circula un numero del 1 al 5 que indique que tan estresante fue el evento para el adulto mayor. (Al decir estresante queremos decir que tanto le molestó, preocupó, afectó o mortificó).

(0) No ocurrió

(3) Mediamente estresante

(1) Nada estresante

(4) Bastante estresante

(2) Un poco estresante

(5) Extremadamente estresante

Que tanto le ha estresado (preocupado, mortificado, molestado o afectado) los siguientes hechos:

1. El deterioro de su memoria (olvidos o problemas en los que usted sintió haber perdido alguna habilidad de la memoria)	0	1	2	3	4	5
2. La muerte del esposo(a)	0	1	2	3	4	5
3. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su esposo(a) de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	0	1	2	3	4	5
4. La muerte de un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
5. La muerte de su padre o madre	0	1	2	3	4	5
6. La muerte de algún miembro cercano a su familia	0	1	2	3	4	5
7. La presencia de una lesión o enfermedad de carácter importante o delicado en su persona	0	1	2	3	4	5
8. El retiro o jubilación de usted	0	1	2	3	4	5
9. El divorcio	0	1	2	3	4	5

10. El deterioro de su estado financiero o pérdidas económicas	0	1	2	3	4	5
11. La separación marital	0	1	2	3	4	5
12. El matrimonio	0	1	2	3	4	5
13. La muerte de un amigo(a)	0	1	2	3	4	5
14. La alteración en la salud o en la conducta de un miembro en su familia	0	1	2	3	4	5
15. El no poder realizar actividades que usted disfrutaba mucho	0	1	2	3	4	5
16. El divorcio o separación marital de un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
17. La disminución en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	0	1	2	3	4	5
18. El aumento en las responsabilidades u horas de trabajo, en donde usted es voluntario	0	1	2	3	4	5
19. El cambiarse a una casa menos agradable o cómoda	0	1	2	3	4	5
20. El cambio de área, departamento u oficina o lugar de trabajo a un lugar menos deseable para usted	0	1	2	3	4	5
21. El retiro o jubilación de su esposo(a)	0	1	2	3	4	5
22. El deterioro en las condiciones de vida	0	1	2	3	4	5
23. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo	0	1	2	3	4	5
24. Los problemas en la relación con un hijo(a)	0	1	2	3	4	5
25. Los problemas en la relación con su esposo(a)	0	1	2	3	4	5
26. La adquisición de una responsabilidad mayor o nueva responsabilidad en usted o su esposo(a)	0	1	2	3	4	5

27. La institucionalización, reclusión o confinamiento; esto quiere decir el envío de su padreo madre de manera obligatoria a un sitio no deseado en forma permanente como: asilo, hospital o cárcel	0	1	2	3	4	5
28. La pérdida de un amigo muy cercano a causa de cambios o ruptura de la amistad	0	1	2	3	4	5
29. El sufrir robo o asalto en una persona o en su vivienda	0	1	2	3	4	5
30. La pérdida de objetos, artículos o pertenencias apreciadas debido a su cambio de casa	0	1	2	3	4	5
Otro: (explica) _____	0	1	2	3	4	5

Total de puntos: _____

Anexo 16. Continuum de Salud Mental Versión Corta.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas según como se ha sentido durante el último mes. marque el espacio según el número que corresponda a su respuesta: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Bastantes veces, 4= Muchas veces, 5= Siempre.

Durante el último mes, qué tan seguido se siente...	Nunca 1	Pocas Veces 2	Bastantes veces 3	Muchas veces 4	Siempre 5
1. Me he sentido alegre					
2. Me he sentido interesado en la vida					
3. Me he sentido satisfecho con la vida					
4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad					
5. He sentido que pertenezco a una comunidad (a un grupo social como la escuela o el vecindario, etc.)					
6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas					
7. He sentido que las personas son buenas					

<p>8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.</p>					
<p>9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad</p>					
<p>10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.</p>					
<p>11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza</p>					
<p>12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona</p>					
<p>13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones</p>					
<p>14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido</p>					

**Anexo 17. Entrevista semiestructurada para la evaluación general de la
implementación.**

1. Cuénteme sobre su experiencia respecto a las sesiones impartidas, ¿fueron de su agrado?
2. ¿Considera que al término de las sesiones puso en práctica o compartió con alguien más los conocimientos aprendidos?
3. ¿Considera que faltó añadir algún tema de su interés relacionado a la temática central de las sesiones? o ¿cree que se podría cambiar algo de este proyecto?