

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Efecto de la motivación conductual en el nivel de adaptación del modo autoconcepto del adulto mayor con hipertensión

*Aida Lucelly Cruz Cob^{1, *}, María de Guadalupe Navarro Elías², Maricela Balam Gómez¹, Roberth Amilcar Pool Góngora¹*

¹ Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería, Unidad Multidisciplinaria Tizimín (UMT), Tizimín, Yucatán, México. Correo electrónico: aida.cruz@correo.uady.mx

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Celaya, Guanajuato, México

RESUMEN

Introducción. En el envejecimiento se suscitan cambios que impactan en el autoconcepto de personas de 60 años y más. Por tanto, el objetivo de la investigación fue determinar la efectividad de la motivación conductual como intervención de enfermería para modificar el nivel de adaptación del autoconcepto en el adulto mayor con Hipertensión Arterial (HTA). **Diseño y metodología.** Cuantitativo, pre experimental, longitudinal, con muestra de 29 adultos mayores de Tizimín, Yucatán, México, a quienes se les aplicó el instrumento Viveros 03. Para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. **Resultados.** El 93.1% son mujeres de 60 a 75 años, 89.7% no tienen escolaridad, 37.9% tiene entre 6 y 8 años de padecer hipertensión. Previo a la intervención, 86.2% presentó nivel de adaptación compensatorio, posterior un 72.4% nivel adaptativo integrado. El nivel de significación estadística fue P-valor 0.000. **Discusión.** Se coincide con Sarabia en la importancia de mejorar actuaciones de salud en la autoestima y motivaciones, acompañados de conductas que puedan permitir y facilitar la adaptación a su imagen corporal de los adultos mayores. **Conclusiones.** El efecto de la motivación conductual permite modificar el nivel de adaptación del autoconcepto en el adulto mayor con HTA.

Palabras claves: Adulto mayor, motivación conductual, autoconcepto, nivel de adaptación.

ABSTRACT

Introduction. In aging, there are changes that impact on the self-concept of people 60 and over. Therefore, the objective of the research was to determine the effectiveness of behavioral motivation as a nursing strategy to modify the level of adaptation of self-concept in the elderly with Hypertension (AHT). **Design and methodology.** Quantitative, pre-experimental, longitudinal, with a sample of 29 older adults from Tizimín, Yucatán, Mexico, who were given the instrument Viveros 03. For the hypothesis test, the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk statistics were used. **Results.** The 93.1% are women average age of 60 to 75 years, 89.7% do not have schooling, 37.9% have between 6 and 8 years of suffering hypertension. Prior to the intervention, 86.2% presented compensatory adaptation level, later a 72.4% integrated adaptive level. The level of statistical significance was P-value 0.000. **Discussion.** It agrees with Sarabia on the importance of improving health performances in self-esteem and motivations, accompanied by behaviors that can allow and facilitate the adaptation to their body image of the elderly. **Conclusions.** The effect of the behavioral motivation allows to modify the level of adaptation of the self-concept in the older adult with hypertension.

Keywords: Elderly, Behavioral Motivation, Self-Concept, Adaptation Level.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que cobra inicio en la concepción del ser, prosigue durante la vida y finaliza con la muerte. Durante este periodo se suscitan una serie de cambios biológicos u orgánicos, psicológicos y sociales. A nivel psicológico, los cambios sociales y biológicos impactan en la apropiación del autoconcepto en el adulto mayor.¹

El autoconcepto es definido como compuesto de las creencias y de las sensaciones que la propia persona tiene de sí mismo en un momento dado; está constituido por las opiniones internas y de otras personas centradas específicamente en la integridad psíquica y espiritual, como la necesidad de saber quién es uno como individuo. Se divide en dos áreas: Yo físico (uno mismo físico) y el yo personal (uno mismo personal).² (Figura 1 y 2).

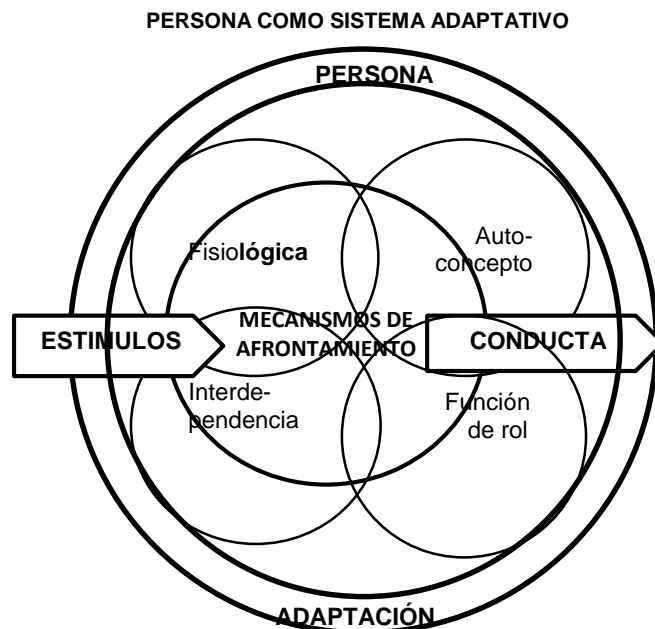


Figura 1.

Representación esquemática del Modelo de Adaptación.
Fuente: Callista Roy, 1991.

MODO DE AUTOCONCEPTO

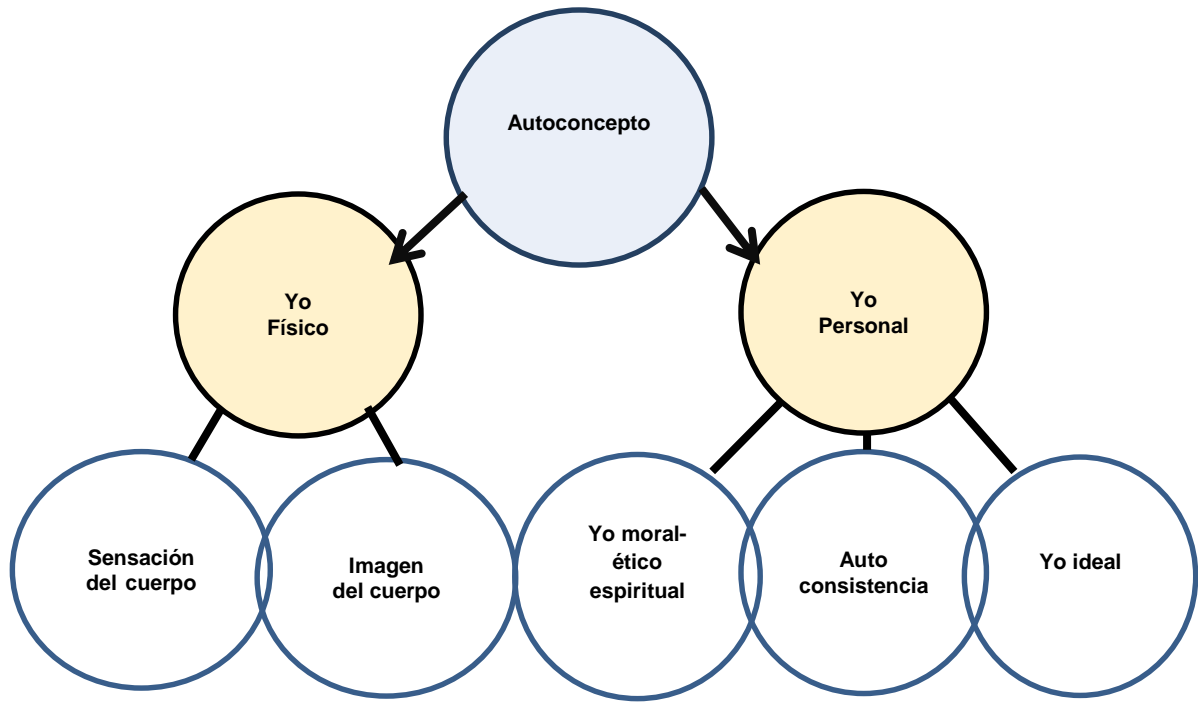


Figura 2.
Representación esquemática del Modo de autoconcepto
con sus áreas y componentes.

Fuente: Cruz Aida, 2013.

Un aspecto importante de los adultos mayores, es que son más susceptibles a la aparición de enfermedades crónicas, que no tienen cura y cuya duración se desconoce.³ A nivel mundial, una de las enfermedades que más prevalece en el grupo de edad de 60 a 75 años es la HTA.⁴ La HTA se caracteriza por el aumento de las cifras consideradas como normales y suele presentarse en la población con edad avanzada debido a la disminución de la elasticidad en paredes arteriales, afectando órganos vitales como el riñón, sistema nervioso central, ojos, corazón y sistema vascular.⁵

Además de las repercusiones biológicas y sociales, también se afecta la esfera emocional, considerando que la situación de estar cursando por una enfermedad

crónica puede afectar el autoconcepto del adulto mayor, ocasionando el no verse como una unidad con significado y objetivo en el universo.^{3, 6}

Por lo tanto, la atención que se les dé a estas personas a nivel biológico y psicológico deberá ser tomada en cuenta durante la atención de calidad que se les proporcione; se afirma que las técnicas de comunicación terapéutica como comportamientos de comunicación verbal y no verbal, que incluyen preguntas abiertas, afirmaciones positivas, contacto visual, contacto afectivo y sonrisa, pueden enseñar y beneficiar la calidad de vida de los adultos mayores.⁷

En los últimos años, se han realizado estudios que permiten visualizar a los adultos mayores como seres irrepetibles y con ello la mejora de sus capacidades cognoscitivas mediante el diseño de programas educativos, de entrenamiento y capacitación, encontrando que la plasticidad cognitiva se preserva entre los adultos mayores saludables y es fácilmente activada por medio de manipulaciones experimentales. Asimismo, se han utilizado las variables de autopercepción que permiten al mismo adulto mayor caracterizar la percepción de sí mismo.⁸

El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de la motivación conductual como intervención de enfermería para modificar el nivel de adaptación del autoconcepto en el adulto mayor con hipertensión arterial, en la ciudad de Tizimín Yucatán.

Este estudio se sustenta en el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, la cual crea sus bases teóricas sobre las respuestas de adaptación, como una función del estímulo recibido y el nivel del individuo para adaptarse, según la Teoría de Adaptación de Harri Helson; de igual manera se sustenta en la Teoría General de Sistemas de Anatole Rapoport, en la que se considera a la persona como un sistema adaptativo. El Modelo de Sor Callista Lorraine Roy considera que los seres humanos son holísticos y trascendentes, gestores de su autorrealización y de una razón de ser para su existencia. En dicho modelo, el metaparadigma de Enfermería lo define de la siguiente manera: a) *Persona*: receptor de los cuidados enfermeros, así como un ser adaptativo en constante interacción con su entorno cambiante. b) *Meta de Enfermería*; gira en torno a que el paciente se adapte al cambio a través de incrementar, disminuir, remover o mantener los estímulos o consolidando

procesos adaptativos. c) *Enfermería*: es un sistema de conocimiento en desarrollo acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos que afectan el estado de salud positivamente. d) *Salud*: Es un estado y proceso de ser y llegar a ser un ser humano integrado total; la falta de integración representa falta de salud, la salud es un reflejo de adaptación. e) *Entorno*: estímulos internos y externos que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento del individuo o grupo y dirección de las actividades. f) *Sistema*; es un conjunto de partes conectadas, que funcionan como un todo para cumplir un objetivo.⁹

El nivel de adaptación cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, con los que la persona puede relacionarse por medio de respuestas normales de adaptación. Comprende una zona que indica un rango de estímulos para que la respuesta sea positiva. Si el estímulo está dentro de la zona, la persona responde positivamente, pero si el estímulo está fuera de esa zona, la persona no puede responder positivamente.⁹

Los niveles de adaptación son: *Integrado*; en este nivel la persona se encuentra adaptado. *Compensatorio*; los mecanismos reguladores se activan para la adaptación. *Comprometido*; cuando los mecanismos son inadecuados lo que resulta un problema de adaptación.⁹

El autoconcepto es definido como compuesto de las creencias y de las sensaciones que la propia persona tiene de sí mismo en un momento dado. Constituido por las opiniones internas y opiniones de otras personas centrados específicamente en la integridad psíquica y espiritual, como necesidad de saber quién es uno como individuo.⁹

El autoconcepto se divide en dos áreas:

1. *Yo percibido o yo físico* (uno mismo físico): incluye a) la sensación del cuerpo; son respuestas subjetivas del individuo ante la capacidad de sentir y de experimentarse como ser físico, bueno o malo, correcto e incorrecto. b) la imagen corporal; es la visión física y opinión de la persona de su aspecto personal, se puede identificar cómo, la persona mira su cuerpo física y funcionalmente y como se siente.⁹

2. *Yo personal o uno mismo*: Incluye a) auto consistencia; es un sistema organizado de ideas sobre uno mismo que se esfuerza en mantener una organización constante y evitar el desequilibrio. b) La autoestima; es la opinión del individuo del auto valor, como un aspecto penetrante del yo personal. c) Yo ideal; es el aspecto del auto concepto personal, se relaciona con lo que la persona quisiera que fuera o es capaz de hacer. d) moral-ético-espiritualidad; es el aspecto del uno mismo personal, que incluye un sistema de creencias y una evaluación de qué es uno mismo en lo referente al universo.⁹

Los anteriores elementos permiten la realización de intervenciones para facilitar la adaptación del adulto mayor a través del fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento; asimismo, de los modos de adaptación de acuerdo a estímulos a los que esté expuesto el adulto mayor, sean estos focales, contextuales y residuales, de acuerdo a los conceptos utilizados por la Teoría de la Adaptación.⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, la población mundial asciende a más de 7.000 millones; aproximadamente en todo el mundo, la proporción de personas de 60 años y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente a unos 694 millones, esto es un 22%.^{10, 11} De igual manera, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico, de acuerdo a las cifras del Censo de Población y Vivienda 2010, de los 112 millones 336 mil 538 personas que habitan en México, 10 millones 55 mil 379 son personas adultas mayores.¹²

La población total de Yucatán es de 1 955 577 habitantes, la cual representa el 1.7% de la población nacional. El porcentaje promedio de población de mayores de 60 años y más es 10.1% (197, 513 habitantes aproximadamente), de los cuales el 10.3% representan a mujeres de 60 años y más y el 9.9% a hombres de 60 y más.¹³ Hoy en día la HTA afecta tanto a hombres como a mujeres. Según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), la prevalencia fue del 31.6%, encontrándose el sexo masculino con 32.3% y menor en el sexo femenino con 30.7%.¹⁴ En México, existen 22.4 millones de personas con HTA.¹⁵ En Yucatán, el

porcentaje de población con edad de 60 años es de 6%, en cuanto a la prevalencia de HTA, se encontró una prevalencia del 32.4%.¹⁶

En la región de Tizimín, Yucatán se pudo obtener de dos dependencias los siguientes datos de adultos mayores con hipertensión que acuden a consulta: 69 adultos mayores pertenecientes al Instituto de Salud y Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 205 de la Secretaria de Salud. La magnitud de este problema en la región, radica en la situación de cronicidad y el número de adultos mayores con hipertensión que se tienen en consulta en dicha población, y el estado de salud general de los adultos mayores, como la pérdida gradual de las capacidades motrices y cognoscitivas, según la etapa de vejez en la que se encuentre.¹⁷

Los resultados obtenidos revelan la importancia de programas comunitarios en que se incentive la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, al ser factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de los adultos mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad. Al respecto, Vivaldi y Barra refieren la importancia de trabajar en programas de promoción y autocuidado, realizando actividades grupales que permitan el apoyo y compañía entre los adultos mayores.¹⁸ Esto es debido a que cuando el adulto mayor no cuida su salud, existe un incremento en los costos sociales y económicos en el sistema de salud, debido a que se asignan más recursos para curar las descompensaciones y/o complicaciones con las que llega el adulto mayor, pudiendo evitarse dicha situación mediante intervenciones que fomenten en ellos una mejora en su esfera biopsicosocial.¹⁹

Como seres únicos e irrepetibles, los adultos mayores tienen características propias que los distinguen de los demás, sus rasgos de personalidad, o su historia de vida; el margen de estas condicionantes individuales, da pie a que se creen actividades motivacionales que pueden estimular a la conformación de su autoconcepto y el nivel de adaptación de la persona al proceso de envejecimiento.

Ya que el no tener en cuenta estos elementos se incitaría al surgimiento de impulsos, respuestas, deseos, intereses, comportamientos, conductas y

sentimientos, que pueden convertirse en un estímulo no integrado para las condiciones de salud.²⁰

Las manifestaciones psicoactivas más frecuentes en los ancianos dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: depresión, ansiedad y estrés; así, al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión.²⁰

Actualmente los adultos mayores de Tizimín, no reciben una atención en el aspecto autoconcepto como parte del tratamiento holístico que debieran tener y más aun teniendo en cuenta que presentan una enfermedad crónica como es la hipertensión, de la misma manera se observa que los adultos mayores reflejan poco empeño para realizar su cuidado y sobre todo el tratamiento a seguir independientemente que sepan teóricamente qué es su enfermedad y qué realizar para mantenerla controlada, es decir, que sus conductas no reflejan algún motivo para evitar complicaciones de su enfermedad, y más aún el hecho de que se presentan casos en los que relacionan su enfermedad como una limitante para tener una vida plena y sana adaptada a su edad y enfermedad.

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACION TEÓRICA

El nivel de adaptación en el adulto mayor, se entiende como sistemas adaptativos holísticos que presentan respuestas humanas, las cuales utilizan para hacer frente a los cambios que acontecen en su ambiente; ésto es su capacidad de adaptación, la cual en situaciones de enfermedad depende del nivel de adaptación que tenga, manifestándose en su capacidad de responder de forma positiva ante un estímulo en relación a su interacción socioafectiva y la manera de sobrellevar su enfermedad.^{10, 11}

Almazán N y colaboradores, en su estudio cualitativo denominado “El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones”, realizado en personas con condición crónica y disposición por participar; señala que, bajo el paradigma comprensivo-interpretativo, se puede acceder al mundo subjetivo de las interpretaciones de las personas y sus

construcciones de diversos eventos o fenómenos que ocurren en la cotidianidad del cuidado de la salud.²¹

Los autores Ortiz et al., utilizaron la teoría de Sor Callista Roy para determinar el nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma, encontrando que la mayoría de los adultos estudiados no se encuentran completamente adaptados a la condición de vivir con un estoma intestinal. Asimismo, una correlación positiva moderada entre el nivel de adaptación en el modo de autoconcepto de los adultos mayores con estoma y el uso consistente de estrategias de afrontamiento, por lo tanto, afecta su autoimagen.²²

Entre los estudios que han determinado la efectividad de las intervenciones se encuentra el realizado por Perugache Rodríguez, el cual tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa en educación emocional sobre la percepción de la satisfacción con la vida en un grupo de 40 adultos mayores; encontrándose que el programa mejoro los niveles de satisfacción con la vida percibida en los aspectos: factores de congruencia, entusiasmo, tono emocional, autoconcepto, lo cual indica que la intervención tuvo un efecto positivo en el autoconcepto.²³

Son pocas las publicaciones que se relacionan con la aplicación del Modelo de Sor Callista Roy; a manera general, las investigaciones en su mayoría se limitan más al aspecto descriptivo que interventivo, en cuanto a la actuación de enfermería para solucionar los efectos de la motivación en el nivel de adaptación del autoconcepto. Los estudios encontrados en el aspecto adaptativo del adulto mayor, son considerados desde la perspectiva de comparación con los modos adaptativos poco trabajados, en el efecto que se tiene en el proceso de adaptación del modo autoconcepto de las personas con enfermedad crónica. Hecho que aporta una relevancia teórica al estudio, a través de la utilización del modelo de Sor Callista Roy, quien desarrolló una teoría en la que la enfermera debe tener en cuenta el autoconcepto que la persona sostiene sobre sí misma en un momento dado y que se manifiesta a través de niveles adaptativos, con motivaciones que contribuyan a la integridad psíquica y espiritual, así como a comportamientos efectivos.

La relevancia y contribución social al estudiar el efecto de la motivación en el nivel de adaptación del autoconcepto del adulto mayor con hipertensión, fue conocer el

proceso de adaptación fisiológica y psicosocial en condiciones de dicha enfermedad crónica. Así como aportar la adquisición de competencias básicas que los adultos mayores requieren para afrontar situaciones que la vida plantea y a su vez tener un carácter preventivo.

Una intervención motivacional en adultos mayores, a pesar de la escasez de los mismos, contribuye a paliar los efectos en el autoconcepto del envejecimiento, ofreciendo a la persona la posibilidad de descubrir nuevas formas de adaptación a las situaciones vitales que vive, comprender aquello que le está ocurriendo, y contribuirle a su bienestar personal, teniendo en cuenta sus habilidades y estrategias afectivas en autoimagen, autoestima, reconocimiento de emociones y vocabulario emocional, empatía, habilidades sociocognitivas como la toma de decisiones, capacidad de perspectiva, valores o el pensamiento reflexivo o habilidades sociales donde figuran las de autorregulación, autoafirmación, comunicación positiva o resolución de problemas entre iguales.

De igual manera se tiene que la motivación conductual como terapéutica permite externar la razón por lo que la persona realiza una conducta y revalorar las habilidades de afrontamiento y resistencia para una conducta benéfica, lo anterior posibilita la confianza de la persona en su capacidad para promover los cambios deseados y observar la alteración de la conducta en su frecuencia, latencia, intensidad y duración.²⁴

Con base a lo anterior, se tiene que el autoconcepto del adulto mayor con HTA es una actitud, un sentimiento, una imagen de uno mismo y que se ve afectada dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales, lo cual está representada o expresada por las conductas y la comunicación para relacionarse en más armonía con las mismas personas en una situación de cambio, que requiere capacidad de adaptación.²⁵

Para este estudio la motivación es una forma genérica de las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo y que conducen a ejecutar la conducta dirigida hacia la interiorización del cuidado de la salud, desde los aspectos yo físico y yo personal del modo de autoconcepto.

Es por ello la importancia de modificar positivamente el nivel de adaptación del adulto mayor, ya que a medida que se es un adulto mayor por arriba de los 60 años, se aumenta la posibilidad de experimentar varias afecciones de adaptación en su autoconcepto, por enfrentar la pérdida de su salud, aunado a la edad que presentan, además de que este ciclo de vida ha de considerarse una experiencia positiva, una vida larga acompañada por continua oportunidad de salud, participación y seguridad.²⁶

Su importancia como estrategia para un nivel de adaptación compensatorio así como integrado radica en que es una acción terapéutica debido a su proceso interventivo que presenta y porque implica la interacción entre un individuo y el medio ambiente, dirigiendo el deseo de una conducta hacia una meta en un momento concreto, teniendo en cuenta que la conducta sea el estímulo activador como algo presente en uno mismo y que es importante que esté de forma continua como productos de aprendizaje, a través de la autoevaluación de la persona en el aspecto físico, social y emocional.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio cuantitativo, preexperimental, longitudinal, explicativo, realizado en la Unidad Universitaria de Inserción Social (UUIS) de Tizimín, Yucatán, México, durante el mes enero de 2013 a octubre de 2014; la recolecta de datos se efectuó en el mes de febrero y julio de 2014.²⁷ De acuerdo a los datos proporcionados por la UUIS, la población de estudio lo conformaron 55 adultos mayores y tomando en cuenta los criterios del estudio, la muestra quedó constituida por 29 personas que cumplieron lo siguiente: pacientes de 60 a 75 años de edad con Hipertensión Arterial que aceptaron participar voluntariamente, orientados en tiempo y espacio, más de 3 años con el diagnóstico de la enfermedad, sin otra enfermedad diferente a la HTA y que tuvieron un nivel de autoconcepto comprometido y compensatorio de acuerdo al instrumento "Viveros 03" de Viveros Salgado M.²⁸ Para la recolecta de datos se utilizó el instrumento antes referido, la cual evalúa el autoconcepto de personas con enfermedades crónico degenerativas o terminales bajo el sustento teórico de Sor Callista Roy; cuenta con un antecedente

de confiabilidad del Alfa de Cronbach de 0.8581 y para este estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.906; consta de 57 ítems que valoran: autoestima, imagen corporal, sensación corporal, yo consciente, yo ideal, yo moral, ético y religioso, así como 10 preguntas abiertas sobre la persona. Los primeros 15 ítems valoran la autoestima, del 16 al 21 la imagen corporal, del 22 al 25 la sensación corporal, del ítem 26 al 33 el yo consciente, del 34 al 40 el yo ideal, del 41 al 47 el yo moral, del 48 al 52 el yo ético y del 53 al 57 el yo religioso. Está estructurado con una escala de proporción calificando 5 categorías: nada, poco, regular, suficiente y bastante, con una escala de calificación que va del 1 al 5; las preguntas están planteadas de manera positiva (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) en total 42 y el resto de las preguntas, es decir, 15 de manera negativa (1, 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 25, 41, 49, 50). En donde la calificación mínima que podría obtener un paciente sería de 57 y la máxima de 285, de acuerdo a los conceptos de adaptación manejados por Sor Callista Roy. Por lo que se hacen rangos para calificar el nivel de adaptación del modo de autoconcepto: de 57 a 133 puntos nivel adaptativo comprometido, de 134 puntos de calificación a 209 nivel compensatorio y de 210 puntos de calificación a 285 nivel adaptativo integrado.

Se obtuvo la autorización del Comité de Ética y de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, con número de registro CBDCSI-39140626 y del Comité de Ética del Centro de Salud Urbano de Tizimín, Yucatán; asimismo, se contó con la autorización de los directivos de la UUIS para la aplicación de la intervención de este estudio. Seguidamente se realizó una visita domiciliaria a la población con base a los datos proporcionados por la UUIS, con la finalidad de explicarles el propósito de la investigación y motivarlos a participar en el programa de intervención. A las personas que decidieron participar voluntariamente, se les entregó un consentimiento informado por escrito, asegurando la confidencialidad de los datos, así como la libertad de retirarse en el momento que ellos lo consideraran conveniente; también se les aplicó el instrumento "Viveros 03" como parte de la preprueba, la cual duró aproximadamente 30 minutos. De acuerdo a los resultados

obtenidos con el instrumento, se inició a formar el grupo de personas que participarían en la intervención y que cumplieron con todos los criterios de inclusión. El programa de intervención se denominó “Motivación conductual en el nivel adaptación del autoconcepto del adulto mayor con hipertensión” y tuvo por objetivo mejorar el nivel de adaptación del modo de autoconcepto de los adultos mayores de la UUIS Tizimín.

Se llevó a cabo durante cuatro meses, con una frecuencia de dos sesiones al mes, y una duración de dos horas cada sesión. Constó de 3 módulos: el primer módulo denominado “Yo físico” con un total de 3 sesiones 1) imagen del cuerpo; con el objetivo de potencializar la imagen del adulto mayor y mejorar las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes que tienen hacia su cuerpo, para determinar la adaptación a su enfermedad, 2) Sensación del cuerpo; con el objetivo de aumentar el afrontamiento para una adaptación a factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de rol en la vida cotidiana, 3) Salud sobre nuestra sexualidad; con el objetivo de incrementar el conocimiento que tienen sobre las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexual. El segundo módulo denominado “Yo persona” con un total de 4 sesiones 1) auto consistencia; con el objetivo de favorecer la disminución de los signos y síntomas indeseables como el dolor en la tensión muscular y ansiedad, respuestas observables o verbales que llegan a tener ante una enfermedad, 2) autoestima; con el objetivo de fortalecer el apoyo emocional y tener seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión, logrando la homeóstasis del cuerpo humano, 3) yo ideal; con el objetivo de crear y/o mantener metas personales en varios aspectos de la vida, 4) yo moral ético – espiritualidad; con el objetivo de aumentar el afrontamiento para adaptarse a los factores estresantes, los cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las metas para mantener su salud, teniendo en cuenta el apoyo espiritual-moral para seguir en adelante. El tercer módulo denominado “Autoconcepto” conformada por una sesión denominada Rejuvenecer con mi enfermedad, con el objetivo de potencializar el sentido de seguridad para adquirir un cambio de conducta de cómo se perciben los adultos mayores.

Posterior a un mes después de finalizar las sesiones del programa de intervención, se aplicó de nuevo el instrumento Viveros 03 con el fin de determinar el logro del objetivo general de estudio.

Para asegurar la validez interna del estudio, se estandarizó a dos encuestadores en las técnicas de recolecta de datos y aplicación del instrumento, mediante una capacitación a través de dos sesiones impartidas por los investigadores principales, con duración de dos horas cada una. De igual forma previo y posterior a la intervención, se aseguró que la recolecta sea realizado por los mismos encuestadores.

Para la elección de los participantes, se consideró que cumplieran con las mismas características, las cuales no interfirieran con los resultados como: ser de la misma comunidad o que ninguno tuviera una enfermedad diferente a la hipertensión arterial, complicaciones derivadas de ésta o problemas cognitivos. Por otra parte, se les especificó con palabras sencillas y claras el objetivo del estudio y previo a cada sesión se les solicitó acudir con ropa cómoda y haber ingerido alimentos.

Durante el desarrollo de las sesiones se cuidó que el entorno sea confortable, ventilado e iluminado; ofreciendo un refrigerio saludable en caso de no haber ingerido alguno, también se verificó que las instrucciones de cada sesión por parte de los investigadores, fueran comprensibles.

El tiempo de impartición de las sesiones fueron de corta duración para no crear cansancio físico en el adulto mayor y que algún participante abandone el estudio, tampoco propiciar que se enfermen o presentar problemas que afecten su participación.

Para el análisis de los datos se elaboró una base con el paquete estadístico Software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 21 para Windows. En todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia del 95%.

Con relación al análisis de las variables sociodemográficas edad y tiempo de padecimiento de la enfermedad, se usaron los cuartiles, media, mediana, moda, varianza, desviación estándar, sesgo y curtosis; en las variables nivel de estudio, tipo de religión, ocupación, estado civil y género, se utilizaron tablas de frecuencias

y porcentajes. Con respecto a las variables de estudio nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal, antes y después de la intervención, se aplicaron tablas cruzadas (el nivel de adaptación se cruzó con cada una de las variables edad, tiempo de padecimiento, nivel de estudio, tipo de religión, ocupación, estado civil y género); el nivel de significancia de asociación se realizó con Chi-Cuadrada de Pearson.

La comparación del nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal antes y después de la intervención, se llevó a cabo con estadística de Wilcoxon para muestras pareadas. Se compararon los totales de las respuestas de las 57 variables que miden la adaptación (yo físico y yo personal antes y después de la intervención) utilizando la estadística T-Student para muestras pareadas, así como Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov para verificar el supuesto de normalidad de las diferencias entre los totales de adaptación antes y después.

El estudio tomó en cuenta para su implementación al Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) con actualización del 2 de abril 2014 y la Declaración de Helsinki en materia de investigación para la salud en México; este estudio se consideró como de bajo riesgo ya que buscó mejorar las acciones que se encaminaran a proteger, promover y restaurar la salud del adulto mayor y de la sociedad en general.^{29, 30}

La información proporcionada por los participantes fue manejada confidencialmente y con respeto, únicamente siguiendo los fines de investigación.

RESULTADOS

En la presente investigación se permitió conocer el efecto de la intervención motivación conductual en el nivel de adaptación del autoconcepto del adulto mayor con Hipertensión Arterial; en el estudio participaron 27 mujeres y 2 hombres con una edad promedio de 67 años, el 89.7% no tiene ningún tipo de escolaridad, el 58.5% es casado y un 89.7% es ama de casa, el 75.9% profesa la religión católica, el 82.8% viven en zona urbana y la mayoría presenta hipertensión arterial con una evolución de 6 a 8 años.

En cuanto a la identificación del nivel de adaptación del autoconcepto antes de la intervención motivacional conductual, la distribución porcentual del nivel de

adaptación del yo físico y yo personal de los adultos mayores fue de 86.2% en el nivel de adaptación comprometido y 13.8% en el nivel adaptativo compensatorio, ningún adulto mayor se encontró en un nivel adaptativo integrado. Esta situación se modifica posterior a la intervención, donde los adultos mayores presentan un nivel de adaptación integrado y compensatorio. (Tabla 1)

Tabla No 1.

Relación nivel del autoconcepto por variables sociodemográficas antes y después de la intervención en adultos mayores con HTA adscritos a la UUIS en Tizimín, Yucatán, 2014.

n=29

Relación Nivel de Autoconcepto y Variables Sociodemográficas			
NIVEL DE AUTOCONCEPTO	COMPROMETIDO	COMPENSATORIO	INTEGRADO
EDAD			
<i>Antes de Intervención</i>	25 (de 60 a 77 años)	4 (entre 69 y 74 años)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	8 (de 60 a 77 años)	21 (60 a 77 años)
TIEMPO DE PADECIMIENTO			
<i>Antes de Intervención</i>	25 (padecen la enfermedad a partir de 3 años)	4 (padece la enfermedad a partir de 6 años)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	8 (padecen la enfermedad a partir de 3 años)	21 (padecen la enfermedad a partir de 3 años)
NIVEL EDUCATIVO			
<i>Antes de Intervención</i>	22 (ninguno) 3 (primaria)	4 (ninguno)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	8 (ninguno)	18 (ninguno) 3(primaria)
RELIGIÓN			
<i>Antes de Intervención</i>	18 (católicos) 7 (otros)	4 (católicos)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	8 (católicos)	14 (católicos) 7(otros)
OCUPACIÓN			
<i>Antes de Intervención</i>	24(ama de casa) 1(otro)	2 (ama de casa) 2(otros)	0
<i>Después de Intervención</i>		7 (ama de casa) 1 (otro)	19 (ama de casa) 2(otros)
ESTADO CIVIL			
<i>Antes de Intervención</i>	15 casados 10 (otro)	2 casados 2(otros)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	5 casado 3(otros)	12 (casados) 9 (otros)
GÉNERO			
<i>Antes de Intervención</i>	25 (mujeres)	2 (mujeres) 2 (hombres)	0
<i>Después de Intervención</i>	0	8 (mujeres) 2(hombres)	19 (mujeres)

Fuente: Viveros 03,2014

Los resultados de la prueba Chi-cuadrada con respecto al cruce del nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal con la edad, tiempo de

padecimiento, nivel de estudio, religión, ocupación, estado civil y género antes de la intervención motivacional conductual, demuestran con un nivel de significancia bilateral que el nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal se encontraba influenciado por la ocupación y el género; considerando que la mayoría no contaba con estudios y que 27 de 29 participantes fueron mujeres, como se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla No. 2.

Relación nivel de adaptación del autoconcepto vs. variables sociodemográficas antes de la intervención en los adultos mayores con HTA de la UUIS de Tizimín, Yucatán ,2014.

Contraste de variables	Prueba Chi-cuadrada de Pearson			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Nivel autoconcepto vs. Edad	6.894a	5	.229	.232
Nivel autoconcepto vs. Tiempo Enfermedad	4.025a	4	.403	.408
Nivel autoconcepto vs. Nivel de estudio	0.535a	1	.464	1.000
Nivel autoconcepto vs. Religión	1.476a	3	.688	.741
Nivel autoconcepto vs. Ocupación	13.474a	3	.004	.042
Nivel autoconcepto vs. Estado civil	.422a	3	.936	1.000
Nivel autoconcepto vs. Género	13.426a	1	.000	.015

n=29

Fuente: Viveros 03

En la tabla 3 se presentan los resultados de la prueba Chi-cuadrada con respecto al cruce del nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal con la edad, tiempo de padecimiento, nivel de estudio, religión, ocupación, estado civil y género, después de la intervención motivacional conductual; se encontró que el nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal solo fué influenciado por el tiempo de padecimiento de la HTA.

Tabla No.3.

Relación nivel de adaptación del autoconcepto vs. variables sociodemográficas posterior a la intervención en los adultos mayores con HTA de la UUIS de Tizimín, Yucatán ,2014.

Contraste de variables	Prueba Chi-cuadrada de Pearson			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Nivel autoconcepto vs. Edad	4.757a	5	.446	.497
Nivel autoconcepto vs. Tiempo Enfermedad	13.863a	4	.008	.004
Nivel autoconcepto vs. Nivel de estudio	1.275a	1	.259	.540
Nivel autoconcepto vs. Religión	3.515a	3	.319	.326
Nivel autoconcepto vs. Ocupación	3.3934a	3	.335	.636
Nivel autoconcepto vs. Estado civil	.653a	3	.884	1.000
Nivel autoconcepto vs. Género	.818a	1	.366	.586

n=29

Fuente: Viveros 03

Al término de la intervención motivacional conductual, el nivel de adaptación del autoconcepto del yo físico y yo personal en los adultos mayores fue de 72.4% en el nivel de adaptación integrado y 27.6% en el nivel adaptativo compensatorio; ningún participante presenta el nivel adaptativo comprometido.

.Asimismo se obtuvieron los resultados de la prueba de normalidad para la diferencia entre los totales de las respuestas correspondiente a las 57 variables que miden la adaptación del yo físico y yo personal registrado por los adultos mayores antes y después de la intervención motivacional conductual, observando un p-valor mínimo de 0.2, lo cual significa que la diferencia entre los totales antes y después tiene distribución normal tanto para las estadísticas de Kolmogorov-Smirnov como para Shapiro-Wilk.(Tabla 4).

Tabla No.4

Correlación para prueba de normalidad de la intervención Motivación Conductual antes y después con los adultos mayores con HTA de la UUIS de Tizimín, Yucatán,2014.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Diferencia	.083	29	.200*	.974	29	.674

n=29

Fuente: Cuestionario Viveros 03

a. Corrección de la significación de Lilliefors

* Este es un límite inferior de la significación verdadera

Finalmente se evidencia con un p-valor de 0.000, que sí existe diferencia significativa entre los niveles de adaptación del yo físico y yo personal antes y después de la intervención motivación conductual; ya que el nivel de adaptación reflejado después de la intervención es mayor con un intervalo de confianza de 95% al nivel manifiesto antes de la intervención, como se aprecia en la tabla 5.

Tabla No.5

Comparación de los resultados antes y después de la intervención en los adultos mayores con HTA de la UUIS de Tizimín, Yucatán, 2014.

Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
			Inferior	Superior			
-30.51724	30.89223	5.73654	-42.26802	-18.76646	-5.320	28	.000

n=29

DISCUSIÓN

De acuerdo con Campos et al., se encontró que la prevalencia de HTA en México por grupo de edad en mayores de 60 años es de 8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años, lo cual coincide con este estudio.¹⁴ El Instituto de Salud Pública (ISP) evidencia que la mayoría de los adultos mayores vive en zona urban y son amas de casa, casados, sin escolaridad, con religión católica. Según Vera et al., los adultos mayores más preocupados con el fracaso son aquellos que trabajan y tienen

un concepto negativo de sí mismo.^{31, 32} Almazán et al., señala que pacientes crónicos desmienten que la enfermedad crónica no es sinónimo de vejez, lo anterior tiene similitud con los resultados obtenidos en este estudio.²¹ Se concuerda en que el autoconcepto físico es más elevado en adultos de más de 50 años, sobresaliendo que las mujeres mayores de 55 años pueden desarrollar un mejor autoconcepto, según el estudio de Mollero y Gallego y a medida que avanza el diagnóstico de la enfermedad, hay un proceso paulatino de adaptación asociado a ajustes en todo lo que rodea la vida del adulto mayor según señala Quiceno et al., lo cual se vió reflejado posteriormente en la intervención.^{33, 34, 35}

Por su parte, Sarabia señala que los cambios físicos que suponen el envejecimiento, de manera más o menos gradual, son para el sujeto una modificación de su propia autoimagen. Si a eso se le suma el concepto generalizado que persiste respecto a la imagen del adulto mayor que, en muchos casos, se asocia con pérdida de funcionalidad y puede suponer para la persona alteraciones en la aceptación, sobre todo para el género femenino; es por ello, la importancia de mejorar las actuaciones de salud en la autoestima y motivaciones que se acompañen de conductas que puedan permitir y facilitar la adaptación a su imagen corporal.³⁶ En la implementación de la intervención de este estudio, se abordó como prioridad la autoestima de los adultos mayores para una aceptación de sí mismo.

En esta investigación, el nivel adaptativo de autoconcepto de los adultos mayores antes de la intervención, se encontraba influenciado por la ocupación y el género, lo cual puede deberse a que en la muestra predominaba el género femenino y no tenían estudios básicos de primaria. Esto es porque las mujeres tienden a tener más autoconcepto negativo y lo relacionan con atribuciones internas y externas de sus relaciones interpersonales y los éxitos obtenidos de la vida, lo cual las hace pensar que los eventos buenos que les suceden en su vida son por causa del azar, destino o suerte, situación que coincide con López et al., quien señala que diversos factores inciden en la vida cotidiana y bienestar de la mujeres adultas como lo son las valoraciones negativas, baja autoestima, trastornos de personalidad, ansiedad, síntomas depresivos, duelo por pérdida y lazos afectivos e insomnio; además enfermedades sumadas a otras condiciones relacionadas a su género como bajo

autoconcepto, autoestima y motivación, que no les permite un estado de salud personal, familiar y social, aun cuando la esperanza de vida sea superior en mujeres adultas mayores. Por lo tanto, es importante considerar los problemas de salud y sociales para crear e implementar estrategias de intervención que inciden en el autoconcepto para una mejor adaptación de la calidad de vida.³⁷

A pesar de que en México no se encontraron muchos estudios interventivos similares a las variables de esta investigación y con enfoque en el adulto mayor, es importante señalar que la implementación de programas conductuales mejora la autoestima, como se pudo apreciar al término del estudio; lo anterior tiene similitud con Crespo et al y Rosales et al., quienes refieren que implementar programas enfocados en técnicas conductuales y educativos, permiten el reforzamiento positivo de estabilidad emocional y grado de independencia del adulto mayor.^{38, 39}

CONCLUSIÓN

La presente investigación evidencia que el nivel de adaptación del autoconcepto es influenciado por el tiempo de enfermedad después de la intervención; por tanto, la investigación aporta evidencia que contribuye a mejorar intervenciones de enfermería en los cuidados psicosociales y espirituales otorgados a la persona con enfermedad crónica; además, permite ubicar a la enfermedad en un espacio dinámico para replantear alternativas oportunamente en inicios tempranos y que fortalezcan la capacidad de adaptación de los adultos mayores. También mejorar la calidad de vida de los adultos mayores al experimentar actividades terapéuticas y habilidades para enfrentar la vida cuando se tiene una enfermedad crónica y revalorar su conducta para la mejora del autoconcepto. Finalmente, la intervención desarrollada es vivencial y humanista, centrado en el autoconcepto con marco de valores del adulto mayor y la adaptación de situaciones y experiencias.

RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar la intervención en personas con características similares de diferentes instituciones gubernamentales y del sector salud que se dedican al cuidado del adulto mayor, abarcando un grupo etario más amplio de

hombres, con la finalidad de comprobar que las mujeres presentan un mejor ajuste en su autoconcepto después de vivenciar las actividades del programa de intervención. Asimismo, el profesional de salud que implemente la intervención, debe estar capacitado para brindar dichas intervenciones establecidas. Por último, promover en los estudiantes de prácticas clínicas a través de investigaciones, apoyar los resultados de este estudio para mejorar la calidad de atención y salud mental de los adultos mayores.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, respetando la dignidad del adulto mayor y protección de sus derechos y bienestar. En el estudio se respetó el contexto de confidencialidad de datos y derecho a la privacidad de los adultos mayores, por la naturaleza de los procedimientos.^{29, 30}

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación de los adultos mayores adscritos a la UUIS por su empatía y tiempo que dispusieron para hacer posible esta investigación; al apoyo colaborativo de los investigadores para cumplir con el objetivo de la intervención y poder ser una propuesta para otros profesionales de la salud en la atención de la salud del adulto mayor.

REFERENCIAS

1. Almazán León N, Benhumea Lamas A, Ruiz Serna C, Villa Peña D. El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. [Internet]. 2011 [citado el 7 de Octubre de 2013]; 14 (4). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art7.pdf>
2. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2011; 35-357.

3. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez A, José F. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. Mayo-agosto 2012 [citado el 10 de octubre de 2013]; 30(2):163-174. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918005.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud [internet]. Ginebra: Mundial de la salud; 2013 [citado el 8 octubre de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/event/es/>
5. Samperio J. Actividad física y deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas. 1a ed. [Internet]. México: Massón Doyma; 2004. [Citado el 10 de diciembre de 2016]: Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>
6. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, Apoyo social percibido y percepción en adultos mayores. Rev. Terapia psicológica [Internet]. Marzo 2012 [citado el 12 de diciembre de 2016]; 30 (29): 23-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
7. Almeida RT, Ciosak SI. Comunicación entre el anciano y el equipo de Salud de la Familia: ¿existe integralidad?. Rev. Latino- Am Enfermagem.[Internet]; Agosto 2013 [citado el 5 enero 2015]; 21(4) (7 aprox). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf
8. Gómez Zermeño MG, Peña Cereceres J. Adultos mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. [Internet]. Revista Interamericana de Educación de Adultos. 2013 [citado el 12 de diciembre de 2016]; 2: 64-90. Disponible en: <http://www.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2013-2/exploraciones2.pdf>
9. Cutcliffe J, Mckenna H, Hyrkas K. Modelos de enfermería; aplicación a la práctica. México: Manual moderno; 2011: 105.130.
10. Día Mundial de la Población 11 de julio [base de datos en Internet]. Mensaje del Secretario General para 2012; 2012 [citado el 6 de octubre de 2013]. [1 página]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/populationday/2012/sgmessage.shtml>

11. Reyes I, Castillo J. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev. Cubana de Investigación Biomédica [Internet]. 2011[citado el 31 de enero 2013]: 30(3):354-359. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>
12. Paz J. Los desafíos laborales del envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. Rev. Latinoamericana [Internet]. Julio-Diciembre 2011[citado el 31 enero de 2013]: 5(9). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3238/323827305006.pdf>
13. Instituto General de Estadísticas y Geografía (INEGI) 2010. [Página principal en Internet]; Panorama sociodemográfico del estado de Yucatán; 2011 [Citado el 18 de abril 2013]. Disponible en: http://coespo.yucatan.gob.mx/general/31_Panorama_Yuc.pdf
14. Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Mediana C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Revista Salud Publica Mex [Internet]. 2013 [citado el 2 de octubre de 2014]; 55 (2):144-150. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a11.pdf>
15. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012), Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]:2012[citado el 18 de abril de 2013]. Serie de Informes de resultados nacionales: 1er edición. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico del estado de Yucatán. México: INEGI; 2011[internet]. Serie de informe del Censo de Población y Vivienda 2010[citado el 18 de abril de 2013]. Disponible en: <http://docplayer.es/6510747-Inegi-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010-sni-eg-informacion-de-interes-nacional.html>
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México: Consejo Nacional de población (CONAPO- INEGI); 2014. Informe de indicadores: p.14. Disponible

- en:<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf?s=inegi&c=2923&ep=170>
18. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicol* [online]. 2012, [citado 12 de Diciembre de 2016]; 30 (2): 23-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000200002
 19. Gómez JM, Peláez F, García A. Dependencia, envejecimiento demográfico y economía social. Estimación de los potenciales efectos y valoración de la implantación del SAAD en castilla y León. *Rev. CIRIE Economía pública, social y cooperativa* [Internet] agosto 2011 [citado el 5 enero 2015]; 71: 101-128. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/174/17422036006.pdf>
 20. Flores Villavicencio ME, Cervantes Cardona GA, González Pérez GJ, Vega López MG, Valle Barbosa MA. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Psicol IMED*. 2012[citado 16 de Enero de 2013];4(1). Disponible en: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/233>
 21. Almazán NY, Benhumena A, Ruiz CE, Villa D. El autoconcepto del adulto mayor ante la enfermedad crónica. Una Influencia social desde la teoría de las atribuciones. *Revista Psicol Iztacala* [Internet]. Diciembre 2011[citado el 10 de noviembre de 2014]; 14 (4):121-135. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28894>
 22. Ortiz MK, Moreno NE, Vega HD, Jiménez MJ, Navarro MG. Nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma complicado. *Rev. Enfermería clínica* [internet]; noviembre-diciembre 2014[citado 5 enero 2015];24(6): 339-344. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862114001107>
 23. Perugache AP, Caicedo AL, Barón KA, Tenganan, DS. Educación emocional y satisfacción con la vida percibida en un grupo de adultos mayores. *Rev. Colombiana de Ciencias Sociales* [Internet]. Julio-diciembre 2016 [citado el 7 de

- noviembre de 2016]; 7(2): 312-331. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1781>
24. Froján M, Alpañés M, Calero A, Vargas I. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. Revista Psicothema [Internet]. Abril 2010 [citado el 5 de enero de 2015]; 22(4):56-561. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3766.pdf>
25. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista redalyc [Internet]. Revista Psicol USP [Internet]. 2010 septiembre-diciembre [citado 17 de febrero de 2015]; (31):407-428. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587018.pdf>
26. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Envejecimiento activo. Catálogo General de Publicaciones Oficial [internet]. Noviembre de 2011. [citado el 7 de septiembre de 2016]. Disponible en: envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsersolibroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf
27. Hernández R, Fernández C. Metodología de la Investigación; 5° edición [Libro electrónico]. MC Graw Hill; 2010 [citado el 7 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
28. Viveros M, Díaz R. Instrumento Viveros 03 para Medir el Autoconcepto de personas con enfermedades crónicas. Rev. Desarrollo Científico Enfermería [Internet]. 2004 [citado el 2 octubre de 2014]; 12(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/12pdf/12-113.pdf>
29. Reglamento de la Ley General de Salud; materia de investigación en salud. Diario Oficial, Primera sección (2- abril- 2014). disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>
30. Declaración de Helsinki; adoptada en 1964 y ha sido enmendada siete veces, la última en la Asamblea General es de octubre 2013, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial (AMM), (19-septiembre -2013). Disponible en:

- <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
31. Instituto de Salud Pública. Encuesta nacional y Nutrición 2012.; Evidencia para la política Pública en salud [Internet].Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaria de salud, 2012.Disiponible en: http://gerontologia.maimonides.edu/wpcontent/uploads/2015/02/32voNumero_Web-Rev-Sui-Generis.pdf#page=20
 32. Vera JA, Domínguez MT, Laborin JF, Batista FJ, Seabra M. Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito; sus relaciones predictivas en adultos mayores en el Noreste de Brasileño. Revista Psicol USP [Internet].2007 [citado 10 de noviembre de 2014];8 (1):137-15.Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a08.pdf>
 33. Molero D, Zagalaz ML, Cachón J. Estudio comparativo del autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital. Revista Psicol del Deporte [Internet].Mayo 2012 [citado el 10 de noviembre de 2014];22 (1):135-142.Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2013v22n1/revpsidep_a2013v22n1p135.pdf
 34. Gallego J, Aguilar JM, Cangas AJ, Lorenzo JJ, Franco C, Mañas I. Programa de natación adaptada para personas mayores dependientes: beneficios psicológicos, físicos y fisiológicos. Revista Psicol del Deporte [Internet].Octubre 2011[citado 11 de noviembre 2014]; 21 (1):125-133.Disponible en: <http://www.thesauro.com/imagenes/39884-5.pdf>
 35. Quiceno JM, Vinaccia S. Satisfacción con la vida según la edad, escolaridad y tiempo del diagnóstico en pacientes reumáticos. Revista Psicología y Salud [Internet].Julio-Diciembre 2014[citado el 11 de noviembre de 2014]; 24 (2):157-165. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/921/1697>
 36. Sarabia C. La imagen corporal en los ancianos: estudio descriptivo. Rev. Gerokomos [Internet].Marzo 2012 [citado el 08 de Marzo de 2015]; 23(1): 15-18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion2.pdf>

37. López BE, López MP, Barrios S. La mujer; una perspectiva psicogerontosocial. Rev. SUIGENERIS [Internet]. Diciembre 2014 [citado el 5 agosto 2015]; (32); 23-27. Disponible en: http://gerontologia.maimonides.edu/wpcontent/uploads/2015/02/32voNumero_Web-Rev-Sui-Generis.pdf#page=20
38. Crespo N, Rubio V, Casado M, Campo C. Influencia sobre los niveles de presión arterial de una intervención conductual y educativa dirigida al control del estrés y la modificación de hábitos de una muestra de hipertensos. Rev. Ansiedad y Estrés [Internet]. Junio 2005 [citado el 23 de Julio de 2014]; 11(1): 27-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1197908>
39. Rosales R, García R, Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. Rev. Scielo [Internet]. 2014 [citado el 06 diciembre de 2015]; 18(1):61-67. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n1/san09114.pdf>