

Experiencias de los Adultos Mayores que Viven con Deterioro de la Movilidad Física

Experiences of Older Adults Living with Physical Mobility Impairment

Investigadores: Epifanía Galindo Reyes¹, Gudelia Nájera Gutiérrez², Beatriz García Solano³, Vianet Nava Navarro⁴, Brenda Reséndiz Maldonado⁵ y María Claudia Morales Rodríguez⁶.

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Facultad de Enfermería,
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 6/07/2023

Aceptado: 18/11/2023

Resumen

Introducción: Se estima que para el año 2050, los adultos mayores, conformaran el 22% de la población a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022) y en México la cifra se incrementará a 33.4 millones. Para el año 2030, los adultos mayores constituirán 15% de la población mexicana (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021). **Objetivo:** Describir la experiencia que viven los adultos mayores con deterioro de la movilidad física, residentes de una comunidad rural del estado de Puebla. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, fenomenológico, se contó con la participación de cinco adultos mayores con deterioro de la movilidad, la muestra se determinó por saturación de datos y el muestreo fue por conveniencia y se utilizó análisis de contenido. **Resultados:** Los adultos mayores muestran una conducta adaptativa, a pesar de presentar diferentes afectaciones físicas, psicológicas y sociales, se identificaron barreras para una conducta saludable, conducta de riesgo y consecuencias de la pandemia. **Conclusiones:** El deterioro de la movilidad física presente en los adultos mayores, es un fenómeno complejo que condiciona la percepción del bienestar físico, psicológico y social, en el cual los adultos mayores buscan mejorar su estado de salud tienden a mostrar una conducta adaptativa modificando sus actividades de la vida diaria, sus hábitos alimenticios, la práctica de actividad física; y en este sentido de búsqueda hacia la mejora de su condición de salud, se exponen a riesgos como la automedicación, la influencia negativa de relaciones interpersonales y la percepción negativa sobre los servicios de salud pública.

Palabras clave: Limitación de la movilidad, deterioro de la movilidad física, adulto mayor, fenomenología.

¹Correspondencia remitir a: Beatriz García Solano bgsolano@hotmail.com o beatriz.garcias@correo.buap.mx

²Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com o normacopparipy@gmail.com “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay

Abstract

Introduction: It is estimated that by the year 2050, older adults will represent 22% of the world's population (World Health Organization [WHO], 2022) and in Mexico the number will increase to 33.4 million. By 2030, older adults will constitute 15% of the Mexican population (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021). **Objective:** To describe the living experience of older adults with physical mobility impairment, residents of a rural community in the state of Puebla. **Methodology:** A descriptive, phenomenological, qualitative study was proposed, with the participation of five older adults with mobility impairment, the sample was determined by data saturation and the sampling was by convenience and content analysis was used. **Results:** As a result, older adults present different physical, psychological, and social affectations, show adaptive behavior, barriers to healthy behavior, risk behavior despite of pandemic consequences were identified. **Conclusions:** The impaired mobility present in older adults is a complex phenomenon that conditions the perception of physical, psychological and social well-being, in which older adults seeking to improve their state of health tend to show adaptive behavior by modifying their daily life activities, eating habits, and physical activity; and in this sense of seeking to improve their health condition, they are exposed to risks such as self-medication, the negative influence of interpersonal relationships, and the negative perception of public health services.

Key words: Mobility Limitation, physical mobility impairment, older adult, phenomenology

En los últimos años se ha observado un acelerado incremento del grupo de Adultos Mayores (AM), atribuido a una mayor esperanza de vida (Roca, 2016). Se estima que para el año 2050, este grupo conformara el 22% de la población a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Esta estimación es similar a nivel nacional, ya que se provee que para el año 2030, los AM constituirán 15% de la población mexicana y para el año 2050 esta población se incremente a 33.4 millones de AM (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021).

El envejecimiento es un proceso continuo, progresivo e irreversible; está determinado por múltiples factores, algunos de los cuales son intrínsecos y no modificables como la edad, sexo, raza e historia familiar y los factores extrínsecos, modificables como la calidad del ambiente físico y estilo de vida (Rico, et al., 2018).

Desde el punto de vista biológico es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que aumentan el riesgo de enfermedad y un descenso de las capacidades mentales y físicas (OMS, 2022); dentro de estas limitaciones físicas se ubican alteraciones de la marcha y el equilibrio que condicionan un deterioro de la movilidad física.

El deterioro de la movilidad física, definido en el manual NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como la limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades del AM se encuentra relacionado principalmente con factores como: malnutrición, alteraciones musculoesqueléticas, conocimiento insuficiente del valor de la actividad física, dolor, agentes farmacológicos y sedentarismo (Kamitsuru y Heather, 2017); y representa un incremento en el riesgo de caídas en los AM (Instituto Nacional de Geriatria [INGer], 2016), los cuales representan un grave problema de salud pública, por ser la segunda causa de incapacidad y muerte por lesiones accidentales y no accidentales en los AM (Pérez et al., 2018).

Con base a la revisión de la literatura se ha identificado la presencia de deterioro de la movilidad física con la valoración de la marcha y equilibrio en la mayoría de los AM (Corcuera et al., 2019; Pérez et al., 2018), así mismo, se han implementado intervenciones basadas en la práctica de actividad física para la mejora de la movilidad con el fin de incrementar la autonomía e independencia de los AM (Flores et al., 2015; Bento y Sousa, 2017; Chalapud y Escobar, 2017; y Viladrosa et al., 2017), haciéndose notar la importancia de los profesionales de enfermería en el cuidado de este grupo poblacional en la prevención de caídas desde un entorno comunitario e institucional.

Sin embargo, en las comunidades rurales donde el acceso a los servicios de salud multidisciplinarios es limitado, se requiere de mayor énfasis en el cuidado de los AM con deterioro físico para la prevención de caídas, se podrían implementar intervenciones de educación y promoción de la salud, implementación y vigilancia de programas de ejercicio grupales y domiciliarios e intervenciones de seguridad en el hogar (Gillespie et al., 2012).

Con previo conocimiento de las características personales de los AM y la percepción de barreras para la adopción de una conducta saludable, es aquí donde toma importancia el uso de intervenciones diseñadas con base a la comprensión de la experiencia vivida por los AM y los significados en torno al fenómeno denominado deterioro de la movilidad (Fuster, 2019).

Por lo anterior descrito, enfermería como disciplina científica y humanística requiere de un cuerpo de conocimientos que le permitan implementar intervenciones para el cuidado de la salud de los AM con base a sus necesidades reales, con un sentido humano y holístico. Por lo cual, el propósito de la investigación fue describir la experiencia que viven los AM con deterioro de la movilidad física, residentes de una comunidad rural del estado de Puebla, México.

Método

El estudio fue de tipo cualitativo, descriptivo con un enfoque fenomenológico, el cual permitió conocer la experiencia y el significado de vivir con deterioro de la movilidad física desde la perspectiva de los AM (Fuster, 2019).

Los participantes fueron AM, de ambos géneros, con deterioro de la movilidad física, y que aceptaron voluntariamente participar en la investigación, residentes de una comunidad rural del estado de Puebla. El muestreo fue por conveniencia (Berenguera et al., 2014) debido a que los participantes fueron elegidos por su condición de salud. La muestra se determinó hasta la saturación de los datos (Hernández et al., 2014).

En el reclutamiento de los AM con deterioro de la movilidad física, se les explicó el propósito del estudio y posterior a la firma del consentimiento informado, se realizaron entrevistas a profundidad (Kvale, 2011), en el domicilio de los participantes, previa cita, durante dos meses, así mismo se consideró un espacio libre de distracciones que permitió mantener un ambiente de tranquilidad y respeto.

Se analizaron los datos mediante análisis de contenido (Braun y Clarke, 2008), por ser un método útil y flexible, el cual incluye seis etapas que pueden ser recursivas según sea necesario a lo largo del proceso. En la primera etapa se realizó la familiarización con los datos: las entrevistas fueron grabadas, transcritas, leídas y releídas para una mejor comprensión; segunda etapa, generación de códigos iniciales: con el apoyo del software MAXQDA versión 2020.

Se realizó la codificación abierta y axial; tercera etapa, búsqueda de temas: se clasificaron los códigos en 6 categorías y subcategorías; cuarta etapa, revisión de temas: se analizó e identificó la coherencia, la similitud y las distinciones entre las categorías para su refinamiento; quinta etapa, definir y nombrar temas: se identificó la esencia que integra las categorías y se procedió de manera organizada con la descripción narrativa de las mismas; y en la sexta etapa: elaboración del informe: se redactó la descripción del análisis final de manera concisa, coherente y lógica de las categorías principales y su relación con los subcategorías.

Aspectos éticos. El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud [SS], 2014). Así mismo con base a los criterios de calidad.

Criterios de calidad. La investigación se basó en criterios de calidad establecidos por Lincoln y Guba (1985); Respecto al criterio de credibilidad y confirmabilidad, se llevó a cabo la transcripción textual de las entrevistas, se revisaron los hallazgos con los participantes al final de la entrevista con el fin de corregir interpretaciones erróneas.

Se realizó revisión de la literatura con la finalidad de identificar relación con otros hallazgos; del criterio de dependencia se contextualizó los significados propios del fenómeno de estudio desde la perspectiva de los participantes y del criterio de transferibilidad, se especificó el contexto de los AM de forma detallada, así como sus características y los criterios de selección.

Resultados

En el presente estudio se contó con la participación de cinco AM (*AM01Mi*, *AM02Li*, *AM03Lu*, *AM04Ma*, *AM05Ra*) con deterioro de la movilidad física, tres mujeres y dos hombres, con edad de entre 65 a 80 años, con escolaridad básica quienes además del deterioro de la movilidad física, también padecen otras enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, artritis, colecistitis y gastritis. En el análisis de contenido de las entrevistas se identificaron cinco categorías, subcategorías y códigos vivos que a continuación se presentan.

1. Afectaciones Físicas, Psicológicas y Sociales del deterioro

En el presente estudio se identificó que los AM experimentan diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales, como consecuencia no solo de la edad sino de su estilo de vida, evidenciándose un deterioro de sus capacidades que afecta la percepción de su de bienestar.

1.1 Afectaciones Físicas

Los AM participantes reportaron que el deterioro de la movilidad física que presentan fue consecuencia de una caída y por la presencia de problemas articulares, situación que condiciona un estado de dependencia y limitaciones que condicionaron cambios en la realización de sus actividades de la vida diaria; mismos que son consecuencia del dolor que experimentan en su día a día.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2012), define al dolor como una experiencia sensorial y emocional relacionado con enfermedades articulares y otras enfermedades crónicas, que puede ser incapacitante y generar dependencia física, cognitiva, social y económica. En este estudio los AM participantes, reportaron la presencia de este signo en sus narrativas, y se identificó relación con discomfort, percepción de incapacidad, limitación del movimiento y alteración del sueño.

"Hay momentos en que no me deja ni caminar este dolor de los pies [...] (AM04Ma)".

"Me duelen las rodillas, empecé con la rodilla izquierda, pero al cargarle y con el tiempo y también falsee y ahora me duele la derecha (AM05Ra)".

"Con que no me doliera, me sentiría yo rebién, más feliz", "con que se me quiete el dolor yo pienso que caminaría mejor (AM03Lu)".

"Pues no tengo fuerza en los pies, los arrastro mucho, al inicio, aunque sea pasitos chiquitos podía dar, pero después me ofendía mucho el dolor y ya no camine, mejor me compraron la silla y ya la empecé a usar y ya horita pues ya no camino; todo fue consecuencia de que me caí (AM02Li)".

"Me viene el dolor de noche y me esta como brincando así la planta del pie, no sé si será porque estoy sentada o algo me está afectando, pero me dan punzadas los dos pies, cuando me da, uy estoy sentada y apretándome, les hecho alcohol, les hecho vaporub y no se quiere quitar bien", "me agarra la desesperación y me siento en mi cama y ahí estoy, ahí estoy sentada sin dormir (AM02Li)".

De acuerdo con la OPS (2019), otras manifestaciones frecuentes que presentan los AM con deterioro, es la fatiga, y puede deberse a anemia, insuficiencia cardiaca, ingesta de medicamentos o problemas psicológicos. La misma fue identificada en dos AM participantes los cuales (AM02Li), refirió ser portadora de DT2 de larga evolución y (AM04Ma), reporto exámenes de laboratorio con niveles de glucosa elevados.

"Cansada, ahora si ya me canso, siento que ya no puedo (AM04Ma)".

"Ya no es igual a la fuerza que tenía uno, ya todo perjudica (AM02Li)".

Durante la entrevista se les pregunto a los AM si habían sufrido una caída y la mayoría reportó que sí y que además fue la causa del deterioro de la movilidad que presentan y en relación con como sucedió, AM02Li refirió que se encontraba sola y que presento mareos, AM04Ma que se encontraba en la vía pública y que fue por la presencia de obstáculos.

Limitación de la movilidad, deterioro de la movilidad física, adulto mayor, fenomenología.

"Hace como un año, iba bajando de las escaleras, como se mete el agua por la ventana de allá arriba, escurre el agua para acá (AM04Ma)".

"Todo fue consecuencia de que me caí", "Si me sacaron radiografías y que tenía estrellada la cadera (AM02Li)".

Los Factores de riesgo que se identificaron para la presencia de las caídas en los AM fueron las siguientes: mareos, infraestructura del domicilio con riesgo y vía pública insegura.

"A veces como que me mareo y siento que me voy a caer, no, por eso mejor me paro y me detengo la verdad tengo miedo de caer, se puede romper un hueso (AM03Lu)"

"yo sentía que me mareaba yo, y me caía yo (MA04Ma)".

"si la otra vez, hace como un año, iba bajando de las escaleras, como se mete el agua por la ventana de allá arriba, escurre el agua para acá, mire ahí se ve que escurre y caí aquí en las escaleras y venía bajando y sin zapatos y me resbalo y caigo sentada, me resbale, como estaba mojado, si, si me he caído (MA04Ma)".

"Me tropecé allá en la placita, estaba una arriata atravesada en la calle y yo iba a [...], (MA04Ma)".

El deterioro trae consigo un estado de dependencia física que se manifiesta como la necesidad de ayuda o asistencia de terceras personas para la realización de las actividades cotidianas; AM02Li es un AM que experimenta esta situación día a día por encontrarse en silla de ruedas posterior a sufrir una caída.

"Antes solitita me venía yo al baño, me pasaba a la taza, yo solita, pero ahora si ya no, y necesito de otra persona", "Solo una mi hija, ella se encarga de todo, aunque no vive aquí conmigo, vivimos solos mi esposo y yo, y ella viene por las mañanas, y en la tarde a prepararnos la comida, a darnos de comer a mí y a mi esposo y a lavarnos la ropa"(AM02Li)".

1.2. Afectaciones Psicológicas

Los AM expresaron diversos sentimientos negativos como la percepción de abandono, tristeza, resignación, insatisfacción, desmotivación, desesperación e impotencia a partir de vivir con deterioro de la movilidad, mismos que afectan su percepción de bienestar; Cardona et al. (2018), sostiene que las afectaciones del bienestar subjetivo tienen relación directa con el bienestar físico, aunque no se pueda determinar cuál esta primero. En los siguientes fragmentos se pueden percibir las diferentes experiencias subjetivas que viven los AM con deterioro de la movilidad.

"Pues a veces aun que uno quiera, a veces hasta la piensa uno para salir, no más de pensar que voy a salir y que voy a ir ahí con pasitos cortos, porque no puedo caminar y me voy a tardar mucho para llegar a la esquina, eso es lo que hace que uno se sienta mal pues, uno la piensa y hace que uno se sienta mal (AM05Ra)".

"Tengo un hijo que nomás cuando quiere se acuerda de mí, por allá dicen que tiene una señora que lo está barriendo, pero de bonito, y ya no me manda [...], (AM03Lu)".

"Muy triste pues como he de sentirme, pues todo quiero que me hagan (AM02Li)".

"Pues no sé qué siento, pero ya nada es igual, hago las cosas, pero me cuesta mucho y a fuerza necesito de los medicamentos (AM04Ma)".

"Es triste, yo quisiera con el alma, pero si no puedo, no puedo, hicimos el intento, pero no se pudo y me compraron la silla y la tuve que usar y aprendí a manejarla y ya son años que estoy así (AM02Li)".

"No quiero que me opere, ya para que, yo creo que a si me voy a morir (AM03Lu)"

"yo solita me visto, aunque sea como sea, porque ya con los años que tengo ya no puedo hacerlo bien (AM02Li)".

"ya no se puede, ahora no puedo salir, nomás aquí ando en la casa, toda descucharrangada (AM03Lu)".

"Antes me daba gusto cuando venía mi cumpleaños, pero ahora ya en vez de que me diera gusto, sentí tristeza (AM02Li)."

1.3. Afectaciones Sociales

Los determinantes sociales que aunado a las afectaciones físicas y psicológicas de los AM también influyen en la percepción de bienestar; se identificó en los AM residente de una comunidad rural, que experimentan necesidad de un soporte económico, que pese a las dificultades físicas y psicológicas que viven, algunos AM se refieren económicamente activos (AM04Ma), otros reportaron desempleo, falta de apoyo familiar y percepción de sobrecarga de cuidado del familiar (AM03Lu), y se puede observar en los fragmentos narrados por los participantes.

"Cansada, ahora si ya me canso, siento que ya no puedo, pues nomas de vender pollo ya tengo como 20 años vendiendo pollo, y este trabajo del pollo es matar, de pelar, destazar, y es del diario. Yo le digo a mi esposo, si te dan el dinero de la tercera edad, ya no voy a vender (AM04Ma)".

"Lo que pasa es que no tiene uno dinero para comprarlo o para operarse (AM04Ma)".

"Hijoles que le grito a mi hija, ven a ver Carmen quien sabe que me pasa, y ay me dijo, hay mama y ahora, ahorita nos vamos para Puebla, pero es de noche hija, y aun que la regaña su hija, luego le dice tu solo cuando necesitas favores hay andas de pilinche, pero aún que no quiera, yo no quisiera yo enfermarme (AM03Lu)"

"Aunque mi hija me regaña, se enoja, me dice cuando caigas en cama a ver quién riega tus cochinadas, a ella no le gustan las plantas [...], (AM03Lu)".

"En la noche quedamos solitos, no hay quien este con nosotros (AM02Li)".

2. Conducta Adaptativa

Si bien, los AM experimentan diferentes afectaciones físicas, psicológicas y sociales con el deterioro, sin embargo algunos AM se adaptan haciendo modificaciones en sus actividades, adoptan una actitud positiva ante las dificultades, apoyándose en la espiritualidad, la cual contribuye en la motivación de los AM, realizan actividad física de acuerdo a sus capacidades, adaptaron sus hábitos alimenticios, tienen una percepción positiva de los servicios de salud, mantiene el deseo de mejorar y algunos optan por el uso de dispositivos como es el uso de silla de ruedas; esta conducta es explicada por la Dra. Nola Pender en uno de sus postulados teóricos donde afirma que las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformándolo progresivamente y siendo transformadas a lo largo del tiempo. Los siguientes fragmentos son algunos ejemplos de esta conducta que manifestaron los AM participantes:

"Este, pues algunas veces si por el dolor, pero si yo me tomo mi pastilla esa de ajo, yo ando bien haciendo todos mis quehaceres [...], (AM04Ma)".

"Ya solo tenía dos dientes, yo digo pues pa que, mejor que me los quiten y ahora mire, esta me sirve muy bien y blancos, blancos que están, y como tostadas, chicharrón, de todo como (AM03Lu)".

"Yo sola me puedo pasar de la silla a la cama, nomás le pongo freno y me paso para mi cama, tomo un descansito, me hecho una siestecita o me siento en la cama y así estiro mis pies y descansan de estar colgados (AM02Li)"

"Se va uno olvidando de lo que le duele a uno, no pensando que por el dolor no voy a hacer nada, de lo contrario nos sentimos un poco felices, contentos porque ya lo hicimos y ya lo aguantamos, mañana una vez más, desde luego pos, le pedimos a Dios todavía para seguir viviendo (AM01Mi)".

"Pues el dolor de rodillas, pero, a veces no lo tomo en cuenta, por que como voy trabajando sencillo [...], (AM01Mi)".

"Me siento bien, estoy contenta, yo me siento sin enfermedad (AM03Lu)".

"Como tres veces al día, cuando no hago pollo, cuando no hago carne enchilada con una salsa o con sopa, y como mucha fruta, soy bien comelona, también como verduras, menos que las frutas peros si las cómo, como chayote, calabacitas, brócoli y eso si las zanahorias muchas que le hecho (AM03Lu)".

"No, únicamente yo hago, este esfuerzo de caminar, caminar a pie y no estar nomas sentado o acostado, sino que yo todos los días, salgo a los campos, tenemos terrenos, me voy, por una parte, me voy por otra parte, más que nada yo me he cuidado ya ahora si de los vicios (AM01Mi)".

"me toca ponerles agua estas plantas, eso si, voy así despacito pasito a pasito con una cubetita chiquita como de tres litros, que no pese para no cansarme mucho, hay les ando echando, les echo como dos cada maceta, es que le digo que me gustan arto, pero arto las plantas, y como ando con mis plantas a veces hasta se me olvidan que me duelen las rodillas, de repente como que falseo y digo ay me dolió, y "ay mi rodilla de veras que me duele me descuide (AM03Lu)".

"En el hospital o centro de salud, nos trata como una familia [...], (AM01Mi)".

"A todo, si me dicen vamos a hacer ejercicio, pues lo vamos a hacer. Porque yo si estaría dispuesto a todo con el fin de sentirme bien y mejorar (AM05Ra)".

3. Conducta de Riesgo

Los AM con deterioro tiende a vivir situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar y comunitarios (Guerrero y Yépez, 2015); En este estudio se identificó conducta de riesgo para la salud de los AM como la actividad física deficiente, automedicación, influencias interpersonales y hábitos alimenticios no saludables, evidenciada por las narrativas de estos durante las entrevistas que a continuación se presentan unos fragmentos:

"no, no lo hacemos, me dicen que la caminata que es buena, que es mejor que andar caminando en la casa, porque una cosa es estar en la casa y otra es salir caminar, pero para eso también se necesita tiempo y aquí pues casi no lo hay (AM05Ra)"

"Ejercicio, a veces lo hago (AM04Ma)".

"Me he tomado nomas unas pastillas, como el diclofenaco y esas del frasco (Ajo, glucosamina y condroitina), a veces me compro las inyecciones de vitaminas y diclofenaco y eso parece que me ayuda y pienso que está bien, la verdad no creo que me vaya a hacer algún daño (AM04Ma)".

"Si, tomamos a veces, este, algunas pastillas naturistas, a veces unas de doctor (AM01Mi)".

"Me unto unas cremas y me compro unas pastillas de me van recomendando unas personas que padecen también de lo mismo [...], (AM05Ra)".

"Y no soy la única, aquí en el pueblo muchos ya no caminan bien, unos de mi edad ya se murieron y así quedaron, nunca mejoraron (AM03Lu)".

"A veces como ya tarde, me malpaso, con eso de que vendo el pollo, pues me malpaso, a veces, solo hago dos comidas al día (AM04Ma)".

4. Barreras para una Conducta Saludable del AM

De acuerdo con la Dra. Nola Pender (Murdaugh et al., 2019) las barreras son las apreciaciones negativas que tienen los AM para la adopción de una conducta saludable. En el presente estudio se identificaron barreras como el desinterés, mala experiencia con los servicios de salud manifestada por un rechazo al sistema público, escaso personal de salud y atención deficiente, así como una falta de educación para la salud en la que se agrupo la percepción del miedo. Algunos ejemplos de estas apreciaciones son los siguientes:

"Luego aquí que ni quieren atender, no se dan abasto, con tanta gente, yo para que este, todo el día sentado esperando no, mejor prefiero pagar (AM02Li)"

"No, No porque pues no tenemos instructores o alguien que nos oriente (AM05Ra)"

"Mmm la dejadez, porque se siente uno ya contento y por ansias de comer no lo hacemos eso (AM01Mi)"

"Bueno me han hecho estudios y me ha dicho que ha salido un poquito alta la azúcar, pero yo no me siento mal de la azúcar no (AM04Ma)".

"Hay tengo una botellita, quien sabe que pastillas serán (Metformina), por que tomaba yo de esas chiquititas [...], (AM02Li)".

"No, nomás compran mis pastillas cuando ya no tengo, pero que este yo viendo el doctor cada mes no (AM02Li)".

"Me decían que me iba a operar y digo no, No me quise operar, ciertamente no me quise operar, mejor prefiero quedarme así, a que me estén quitando pedazos y ya no vuelva yo, como don modesto que se murió, ni ocho días hizo de operado y a ver luego se murió (AM02Li)".

5. Consecuencias de la Pandemia por COVID-19

Sin duda COVID-19, ha afectado de manera multidimensional a toda la población y en especial a los AM que padecen enfermedades crónicas, que de acuerdo con las características de la enfermedad son más propensos a presentar complicaciones y morir (Instituto Nacional de Geriátrica [INGer], 2020).

En el ámbito rural, los AM participantes reportaron principalmente retraso en sus citas médicas y miedo a ser infectados, por lo que de alguna manera han estado expuestos a un descontrol en el régimen terapéutico de sus enfermedades crónicas, estas afirmaciones se pueden corroborar en los siguientes fragmentos de las narrativas de los AM.

"No, ya nada tomo, no ve, con lo de la enfermedad esa del virus, la enfermera me hablo para decirme que no fuera a la consulta, que me esperará hasta que se pasará, y así, ya perdí artas citas. Pero porque estaba eso bien fuerte y aquí en el centro de salud aun que está abierto solo en el día, yo no me gusta ir, y a Puebla pues me da arto miedo ir nomas para que me vaya a contaminar (AM03Lu)".

"No he ido a ningún lado por lo de la pandemia, soy asegurada del ISSSTE por mi hija que es maestra, pero le digo que me dijo la enfermera que no fuera hasta que pasara lo de la enfermedad, ya perdí mis citas, antes iba cada mes por lo de las ulceras y del sangrado que tuve y la gastritis [...] (AM03Lu)".

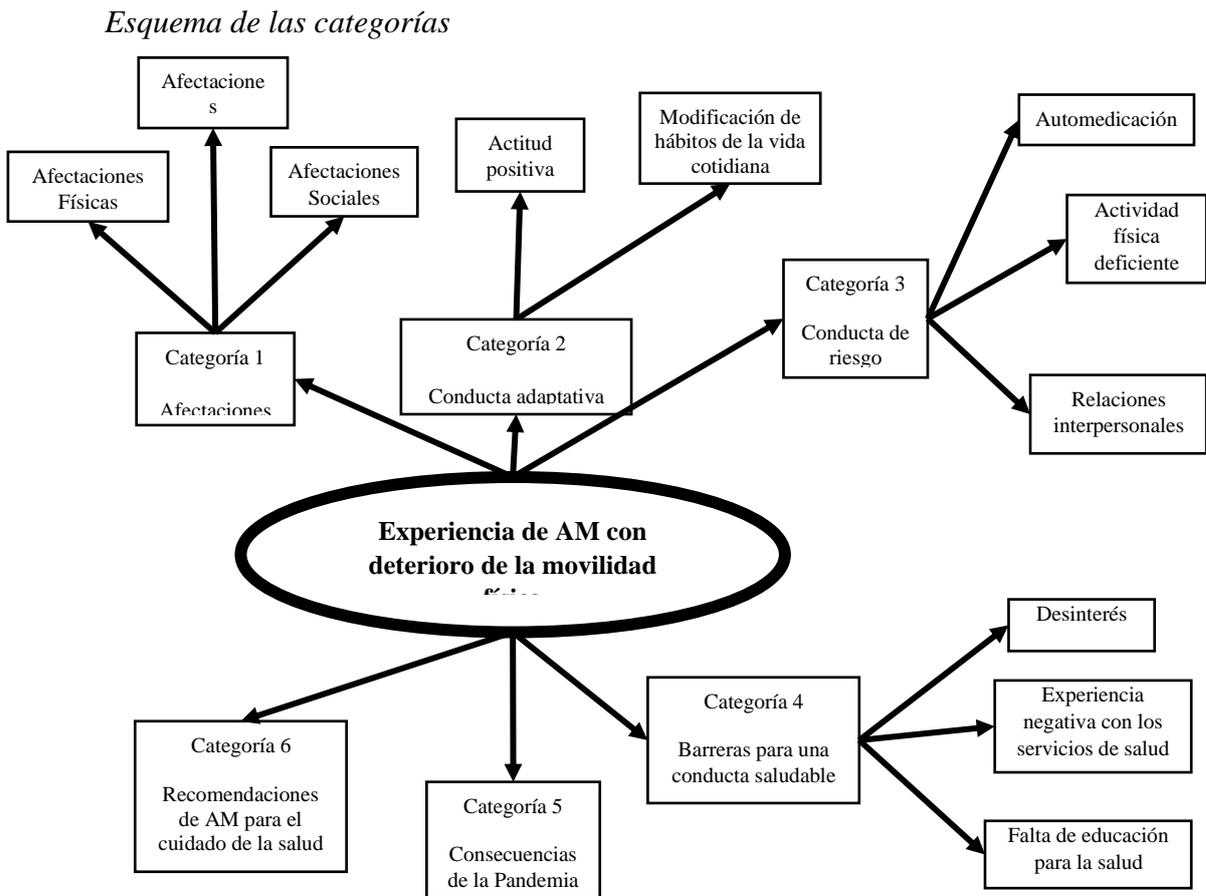
6. Recomendaciones de los AM para el Cuidado de la Salud

Los AM relacionaron su estado de deterioro de la movilidad con hábitos no saludables por lo que recomendaron a otras personas el cuidado de la salud haciendo referencia a modificaciones en el estilo de vida, principalmente en relación con el abuso de sustancias nocivas (alcohol y cigarros), llevar una buena alimentación y evitar los trabajos pesados; y lo expresaron de la siguiente manera:

"no por que sientan jóvenes abusen de su juventud, hay que cuidarse, en todo en alimentación, en salud, pues hay que tratar de estar bien y evitando cosas que perjudiquen como el alcohol, el cigarro, los trabajos muy pesados (AM05Ra)".

"que se cuiden, dejar los vicios, dormir bien, trabajar nomas lo que es, nada es bueno pasarse de mucho trabajo, que no se castiguen en comer, deben comer, no tomar, no fumar, porque yo les platico que esos son los problemas que ahorita sufrimos, no nos supimos cuidar nuestro estómago, nuestros pies, nuestras manos, nuestra vista, nuestro pelo [...], (AM01Mi)".

Figura 1



Fuente: Elaboración propia

Discusión

Este estudio cualitativo con enfoque fenomenológico muestra la experiencia de los AM que viven con deterioro de la movilidad física. Se ha identificado que los AM con deterioro presentan diferentes afectaciones físicas, psicológicas y sociales. Desde el punto de vista físico se identificó la presencia de dolor que aún que pudiera ser subjetivo se ha identificado como una limitante o discapacitante para la práctica de las actividades de la vida diaria del AM; así también en algunos AM de identifico un comportamiento de autocuidado, automedicación y realización de actividades que contribuyen a mitigar la presencia este. Esta afirmación es similar con Alvarado y Salazar (2018) quienes revelaron que los AM tienden a presentar dolor crónico a nivel articular en un alto porcentaje de esta población, que impactan en todas las dimensiones (física, social y psicológica) de la vida de un AM.

Así mismo afirman que los AM sobrellevan el dolor realizando actividades de distracción, adoptando nuevos comportamientos y refugiándose en un ser superior. Otra afectación física identificada fue la presencia de fatiga en dos participantes, de los cuales uno padecía DT2 y otra ha reportado niveles elevados de glucosa, también reportaron caídas previas; la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) refiere que este síntoma es frecuente en los AM puede estar relacionada con la edad, sin embargo también puede deberse a la presencia de otras comorbilidades como procesos metabólicos, anemia, insuficiencia cardíaca y a la ingesta de medicamentos, estados depresivos, antecedente de caída previa y dolor.

En el presente estudio se identificó a las caídas como causas del deterioro físico y dependencia en algunos AM participantes, las cuales ocurrieron en el domicilio originadas por la presencia de mareos y en la vía pública. Estos datos coinciden con otros estudios; Alves et al., (2016) reportaron que un porcentaje importante de AM que sufren una caída se debe a disturbios en el equilibrio y que se encontraban solos en el momento del acontecimiento y con la Secretaría de Salud (2016), que afirma que las caídas son de origen multifactorial y que la mayoría ocurre en el domicilio. Así mismo, Pérez et al., (2018) y Mojerón et al., (2018), afirmaron que las caídas con la segunda causa de incapacidad entre los AM y que restringen aún más la actividad y que poseen profundas consecuencias psicológicas.

Dentro de las afectaciones psicológicas de los AM se identificó la percepción de abandono, tristeza, resignación, insatisfacción, desmotivación, desesperación e impotencia, que alteran el estado físico del AM y viceversa; estos resultados coinciden con los obtenidos por Cardona et al. (2018), quienes afirman que las afectaciones del bienestar subjetivo tienen relación directa con el bienestar físico. Además del deterioro físico los AM también experimentan situaciones complejas de tipo social como es la falta de apoyo familiar, abandono e insuficiente y/o falta de soporte económico que influye en la percepción de bienestar de los AM y lo sitúan en un estado latente de más complicaciones a su salud o deterioro físico.

Estos resultados son similares con las afirmaciones de Reyes et al., (2014), quienes refieren que el apoyo brindado por los familiares, amigos y/o estado, influye en la percepción de bienestar de los AM; así mismo, Guerrero y Yépez (2015), mencionan que los AM más vulnerables son los que no tienen un cuidador, los que viven en zonas geográficas de acceso limitado a los servicios de salud y no cuentan con el apoyo de programas sociales. Los AM con deterioro de la movilidad a pesar de las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que viven, a su vez experimentan un proceso de adaptación manteniendo una actitud positiva manifestada por la modificación en sus actividades cotidianas, realizan actividad física, mantienen una alimentación saludable y expresan un apoyo en la espiritualidad. Este comportamiento es explicado a partir del MPS que afirma que las personas buscan modificar su entorno ante las dificultades y/o adaptarse con el fin de conseguir un estado de bienestar.

Así también, Alvarado y Salazar (2018), afirman este proceso de adaptación de los AM con relación al dolor y describen cuatro etapas que son el descubrimiento de dolor, experimentar una vida de dolor, la adaptación a una vida de los cambios y al reflexionar sobre la experiencia. Algunas de estas características de adaptación son identificadas en la investigación realizada por Cárdenas y López (2011) a lo que ellos denominaron resiliencia en la vejez por su capacidad de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de frente a situaciones complejas como el fenómeno del envejecimiento desde el punto de vista individual, social y cultural; Reyes et al., (2014), describen que la espiritualidad o religiosidad influye en una actitud positiva ante la vida, evidenciada por la gratitud hacia un ser supremo, conformismo y resignación.

Así mismo, se identificó entre los AM, conductas de riesgo para su salud como falta de actividad física, automedicación, influencias interpersonales negativas y hábitos alimenticios no saludables; Este conjunto de hábitos hacen referencia a un estilo de vida no saludable de los AM y que junto con la automedicación son el resultado que refleja la falta de promoción y educación para la salud en el contexto comunitario. La Dra. Nola Pender (Murdaugh et al., 2015), afirma que un estilo de vida no saludable impacta significativamente en la salud de los AM y por consiguiente influye en la capacidad física y psicológica para la realización de sus actividades de la vida diaria.

Algunas barreras para la adopción de una conducta saludable identificadas en los AM fueron el desinterés, la mala experiencia con los servicios de salud manifestada por un rechazo al sistema público, escaso personal de salud y atención deficiente, así como falta de educación para la salud; esta apreciación negativa está influenciada por factores de tipo social como el entorno rural en el que residen, donde el acceso a los servicios de salud es limitado. Guerrero y Yépez (2015) afirma que las zonas geográficamente aisladas, reprimidas económica y socialmente hacen que los AM sean más vulnerables a los riesgos de su salud e identifican inequidad y desigualdad social, por lo que sugieren que es necesario priorizar los recursos para proteger a este tipo de poblaciones.

También se pudo identificar la afectación de la pandemia por COVID-19 a nivel comunitario, donde la mayoría de los AM reportó miedo a infectarse y el aplazamiento de sus citas médicas para el control y vigilancia de sus comorbilidades, por lo que aparte de ser un grupo de alto riesgo también están expuestos a complicaciones de sus cronicidades de fondo por la falta de valoración médica.

El INGer (2020), establece lineamientos para la protección de este grupo con la valoración vía telefónica y el abastecimiento de medicamentos entre otras acciones, sin embargo, en el contexto rural fue evidente la falta de difusión e implementación de estas o otras acciones, puesto que la mayoría de AM solo acuden a solicitar servicios médicos privados cuando tienen alguna situación de salud emergente.

Finalmente, los AM identificaron que parte de las complicaciones de su salud, es consecuencia de un estilo de vida no saludable y recomiendan cuidados para prevenir el deterioro de la movilidad física haciendo referencia a algunas dimensiones del estilo de vida como la alimentación, actividad física y evitar el consumo de sustancias nocivas. Estos datos coinciden con la apreciación de Garzón et al. (2017), quienes describieron que los AM refirieron preocupación por la búsqueda de la salud física y mental para tener una vejez activa, adoptando hábitos saludables como hacer deporte y comer bien.

Se considera como una limitación para este estudio la variación de los resultados influenciados por el entorno y la multicausalidad del deterioro físico que sufren los AM a consecuencia de la edad, las comorbilidades y el estilo de vida.

Conclusiones

Se describió el deterioro de la movilidad física presente en los AM, como un fenómeno complejo que condiciona la percepción del bienestar físico, psicológico y social, en el cual los AM en la búsqueda de mejorar su estado de salud tienden a mostrar una conducta adaptativa modificando sus actividades de la vida diaria, sus hábitos alimenticios, la práctica de actividad física; y en este sentido de búsqueda hacia la mejora de su condición de salud, se exponen a riesgos como la automedicación, la influencia negativa de relaciones interpersonales y la percepción negativa sobre los servicios de salud pública, que hacen evidente la importante labor de enfermería en la educación y promoción para la salud desde una perspectiva holística con los AM residentes de una comunidad rural.

Referencias

- Alvarado, A.M., y Salazar, A.M. (2018). Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte*, 34(2): 349-362.
<http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.2.612.88>
- Alves, A.H.C., Patricio, A.C.F.A, Fernandes, K.A., Duarte, M.C.S., Santos, J.S., y de Oliveira, M.S. (2016). Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4376–4386. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4376-4386>
- Bento, J.R., y Sousa, N.D. (2018). Exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 12(39), 1–11. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1658](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1658)

- Berenguera, A., Fernández, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, Observar y Comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Braun, V., y Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cárdenas, A., y López, A. L. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528-540. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219910014>
- Cardona, D., Segura, A., Garzón, M. O., y Salazar, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de población*, 24(97), 9-42.
<https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Chalapud, LM., y Escobar, AE. (2017). Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Universidad y Salud*, 19(1), 94–101.
<https://doi.org/10.22267/rus.171901.73>
- Consejo Nacional de Población. (2021). *Día Internacional de las Personas de Edad*.
<https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170?idiom=es>
- Corcuera, R., Patiño, AF., Paima, R., Chambergo, D., Parodi, F., y Runzer, FM. (2019). Trastornos de la marcha y el equilibrio en adultos mayores y su asociación con diabetes mellitus tipo 2. *Medicina interna de México*, 35(5), 676-684.
<https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2554>
- Flores, E., Vargas, J., y Pérez, R.E. (2015). Implementación de un programa de ejercicios y su impacto en la marcha y equilibrio en adultos mayores en Michoacán, México. *Paraninfo Digital*, 22. <http://www.index-f.com/para/n22/166.php>
- Fuster, D.E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 7(1). <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Limitación de la movilidad, deterioro de la movilidad física, adulto mayor, fenomenología.

- Garzón, M.O., Morales, A., Narváez, C.O., Jurado, D.M., Carlosama, Y. H., Benavides, C.J., Acosta, D.C. y Delgado, A. (2017). Percepciones de un grupo de epidemiólogos en formación acerca de su propia vejez. *Revista Salud Pública*. 19(6), 780-786. <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.60382>
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., y Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(9), CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- Guerrero, N., y Yépez, M.C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad Y Salud*, 17(1), 121–131. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2402>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (6ª ed.). (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Geriátría [INGer]. (2020). *COVID 19 personas mayores*. https://www.supauaq.org/images/boletin_inger_2020.pdf
- Instituto Nacional de Geriátría [INGer]. (2016). *Prevención de caídas en el Adulto Mayor. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad*. <https://www.gob.mx/insalud/articulos/prevencion-de-caidas-en-el-adulto-mayor>
- Kamitsuru S. y Heather, T. (11a ed.). (2019). *NANDA. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Lincoln, Y.S., y Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage.
- Morejón, M.M., Hernandez, A., Pujol, A. y Falcon, M. (2018). Postura y equilibrio en el adulto mayor. Su interrelación con ciencia, tecnología y sociedad. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(1):134-145. <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/245>
- Murdaugh, C.L., Parsons M.A. y Pender, N. J. (8a ed.). (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Fatiga y pérdida de vigor. Guía de diagnóstico y manejo*. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia16.pdf>
- Pérez, M., Velasco, R., Maturano, J., Hilerio, Á., García, M., y García, M. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(3), 171-178. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82797>
- Reyes, M. F., Altamar, P., Aguirre, M., y Murillo, D. (2014). Bienestar en personas mayores en situación de pobreza: determinantes y significados. *Revista de Psicología*, 23(2), 101-115. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36151>
- Rico, M.G, Oliva, D., y Vega, G.B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3),287-94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174017>
- Roca, R. E. (2016). Actividad física y salud en el adulto mayor de seis países latinoamericanos: Review. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 17(1), 77-86. <https://revistacaf.ucm.cl/article/view/93>
- Secretaría de Salud (2016). *Modelo de prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores en México*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaidas2.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2012). *Guía de buena práctica clínica en geriatría*. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEG G/Residencias/GBPCG%20DOLOR%20CRONICO.pdf>
- Viladrosa, M., Casanova, C., Ghiorghies, A.C. y Jürschik, P. (2017)., El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(6):332–341. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.009>