

Capítulo II

Marco Referencial

El presente trabajo tiene como marco de referencia el Modelo de la Salud de Margaret A. Newman, las Teorías del Curso de la Vida y el Modelo de Manejo de Casos.

Modelo de la Salud. La enfermería se concibe como un elemento complementario en el proceso de ampliación de la conciencia. La enfermera puede conectarse con las persona cuando se requieren nuevas reglas. Así el perfil profesional de la enfermería actúa como un agente mediador que ayuda a una persona, una familia o una comunidad a centrarse en su patrón.

El proceso de enfermería se convierte, por tanto, en un reconocimiento de patrones. Newman (Citado en Marriner & Raile, 2000) utilizó el marco de evaluación desarrollado por el grupo de teóricos de la Asociación Norteamérica de Diagnósticos de Enfermería 2005 – 2006 (NANDA) para ayudar a la enfermera a identificar estos patrones. Las dimensiones de este sistema de valoración (intercambio, comunicación, relación, valoración, elección, movimiento, percepción, sentimiento y conocimiento) se consideran manifestaciones de un patrón unitario.

El reconocimiento de patrones tiene lugar en el interior del observador. La enfermera prescribe los patrones del conjunto de datos o de la secuencia de acontecimientos, y el patrón de los cambios individuales que se producen con la información nueva. El proceso de reconocimiento de patrones supone, primero, un intento de ver el patrón de la persona como una serie de esquemas secuenciales en los tiempos. Los datos de entrevistas con adultos sanos podrían agruparse en patrones secuenciales.

La salud comprende la enfermedad y la no enfermedad. Así, puede concebirse como un patrón de la evolución de la persona y del entorno. La salud se considera un proceso de desarrollo de la consciencia del yo y del entorno unido a una capacidad

mejorada de percibir alternativas y responder de modos muy diversos. Se considera por tanto el patrón de totalidad de un individuo. Patrón es lo que identifica al individuo como persona particular. Algunos ejemplos de manifestaciones explícitas de patrones que subyacen en cada persona son el genético, que contiene la información que gobierna nuestro desarrollo. El patrón es algo ligado íntimamente al intercambio de energía y a la transformación. La consciencia se define como la capacidad de información del sistema: el poder que tiene el sistema para interactuar con su entorno. El proceso vital se considera una progresión continua hacia niveles superiores de consciencia.

En opinión de Newman, la responsabilidad en el ejercicio profesional de la enfermería es establecer una relación primaria con el usuario con el fin de identificar sus necesidades de asistencia sanitaria y facilitar su capacidad de acción y de tomar decisiones. En este marco, resulta esencial la colaboración y comunicación con otras enfermeras y con el equipo multidisciplinario de salud. La estructura de la práctica profesional debe centrarse en mantener una relación directa y continua, mientras se requieran servicios y consejos de enfermería. Las personas que prestan esta asistencia primaria de forma directa y completa representan la visión que tiene Newman del rol de la enfermería profesional, se refiere a ellos llamándoles facultativos de la enfermería/gestores de casos, y los considera indispensables en el modelo integrador.

Con respecto a su teoría de la salud como ampliación de la consciencia y reconocimiento su propuesta es en cierto modo, radical e innovadora dentro de la filosofía de la enfermería, ya que contempla la salud como un campo humano unitario y dinámico, integrado en otro unitario mayor, Newman sostiene que el objetivo de la enfermería no es conseguir que las personas se sientan bien o impedir que caigan enfermas, sino ayudarlas a utilizar el poder con que cuentan en el camino hacia niveles superiores de consciencia. También afirma que la labor de enfermería no es intentar cambiar el patrón de otra persona, sino en reconocerlo como una información que

describe la totalidad y lo relaciona con la esencia del todo. La enfermería pretende actuar como un complemento en el proceso de ampliación de la consciencia.

El rol de la enfermera es entablar contacto con la persona cuando se requieren nuevas reglas. Así, la enfermera se contempla como una mediadora que ayuda a los usuarios individuos, familias o comunidades a centrarse en el reconocimiento y aceptación de sus patrones. El modelo de Newman ha servido como marco teórico para estudiar los patrones de salud en mujeres de 60 años de edad. Los resultados avalaron el modelo de Newman de la salud como ampliación de la consciencia.

Teorías del Curso de la Vida. Si las personas mayores desean experimentar satisfacción al final de la vida, han de completar con éxito las siguientes tareas:

1. Adaptación al empeoramiento de la salud y a la disminución de la fuerza física.
2. Adaptación a la vida de jubilado y a la disminución de los ingresos.
3. Adaptación a la muerte del cónyuge, de los miembros de la familia y de otros seres queridos.
4. Adaptación a formas de vida diferentes a las que ha estado acostumbrado.
5. Adaptación a los placeres que acompañan al envejecimiento, como el mayor tiempo de ocio o jugar con los nietos.

Erikson (1963) abordó la madurez como un proceso. Percibía el desarrollo de cada persona como un organismo biológico y como un ser social. Definió 8 etapas para ilustrar este desarrollo, y propuso que cada persona progresa a través de las mismas, desde el nacimiento hasta la madurez. En cada etapa identificó características del desarrollo completo e incompleto. Este modelo menciona crisis que acarrearán dilemas que se plantean a las personas durante su desarrollo. Sostiene que todas las crisis pueden resolverse avanzando hacia otra etapa del desarrollo o permaneciendo fijo en un nivel de desarrollo incompleto. Citado por Burke & Wash (1998).

Modelo de Manejo de Casos. Es un sistema de prestación de atención a la salud que asegura el uso más apropiado de los servicios, controla los costos reduciendo los

servicios ineficaces y mejora la efectividad de la prestación de atención. Es un proceso de colaboración que valora, planea, implementa, coordina, monitorea y evalúa las opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud del individuo a través de la comunicación y recursos disponibles para promover los resultados de costo-efectividad y calidad. Los valores del modelo de manejo de casos son: 1) Todas las personas tienen el derecho a la atención 2) La atención debe ser humanista 3) El individuo es responsable de su propia salud 4) Atención holística 5) La persona mejor calificada es la que debe proporcionar el servicio.

Este modelo de enfermería es un área de práctica innovadora dentro de la profesión; Constituye un medio de lograr la salud, independencia y la autonomía del paciente; Ayuda a identificar a proveedores adecuados; Es un proceso de atención continua; Se enfoca en resultados; Involucra a otras disciplinas de la salud y; Participan en el cuidado todos los involucrados (paciente, familia, enfermeras, médico, trabajadora social, psicología, etc.)

Los pasos para introducir el modelo de manejo de casos consisten en establecer criterios de selección de pacientes, integrar el equipo multidisciplinario de salud, desarrollar y coordinar el plan de atención multidisciplinario, implementarlo, evaluarlo, dar seguimiento a los resultados y establecer monitoreo y reevaluación continúa. La aplicación del modelo de manejo de casos es factible en adultos mayores, pacientes que no cumplen con el tratamiento, con potencial de caídas, potencial de alteración en la piel, con necesidades complicadas de enseñanza, que requieren la participación de múltiples profesionales de la salud.

Los objetivos del modelo consisten en lograr la calidad de la atención, optimizar la eficiencia de recursos, reducir los costos, mejorar los patrones de práctica, lograr la satisfacción del paciente y proveedores de atención y promover la colaboración multidisciplinaria. Los supuestos básicos para implementar el modelo de manejo de casos se basan en que:

- Los recursos de atención a la salud son finitos
- La atención a la salud debe partir de un plan estructurado multidisciplinario
- Los esfuerzos del equipo de colaboración, con actividades coordinadas entorno a resultados definidos centrados en el paciente, dan como resultado atención de calidad y costo-efectividad
- Los pacientes y familias tienen el poder a través de la toma de decisiones informada y participativa
- La responsabilidad por la atención óptima del paciente y empleo responsable de recursos son imperativos para las instituciones y proveedores
- La satisfacción laboral se incrementa en un medio de trabajo que permite autonomía

El manejador de casos es responsable de que los resultados esperados delineados en el plan de acción se lleven a cabo, de reunir y dirigir al equipo multidisciplinario, de verificar y documentar las variaciones en el plan, de proporcionar enseñanza al paciente, motivar al involucramiento de la familia así como documentar los resultados alcanzados.

Identificación de necesidades del adulto mayor

En relación al enfoque holístico indispensable para la aplicación del proceso de enfermería, se enlistan las principales características biológicas, psicológicas, sociales culturales y espirituales del adulto mayor, puntualizando que la edad avanzada es una etapa del crecimiento y desarrollo en la cual se producen diversos cambios y se identifican necesidades específicas; Usualmente, la salud del adulto mayor se deteriora al paso de los años, pero ello no significa que una persona mayor tenga que enfermar con frecuencia y mucho menos suponer que la enfermedad es parte natural del envejecimiento (Hernández & Muñoz, 2003).

Características biológicas

En base a la valoración cefalocaudal es común encontrar particularidades específicas del envejecimiento por lo anterior se describen algunos de los cambios habituales en personas de este grupo de edad en el ámbito físico:

Cabello. Se torna ralo, más fino y varía de color tornándose grisáceo, la canicie y la alopecia se acentúa. El encéfalo pierde peso y por lo tanto se torna menos eficiente, haciéndose presente los temblores de miembros superiores e inferiores, dificultad para la marcha, disminución de la capacidad intelectual, aparece el insomnio, hay pérdida de reflejos, atonía y cansancio durante el día.

Cara. La cara es característica debido a los cambios que se operan en todas las estructuras que la conforman.

Ojos. “ojos hundidos” y laxos, lo que se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo, sequedad y pérdida de brillo ocular, formación del arco senil, debido a depósitos de colesterol, reducción del lagrimeo, aumento de la presión intraocular, reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad, comúnmente necesidad de usar lentes por disminución de la agudeza visual (cerca y lejos), la tolerancia a la luz brillante, los campos visuales, y la acomodación del cristalino, reducción de la percepción viso-espacial, reducción en la diferenciación entre el verde y el azul, mientras que mejora la percepción de los colores cálidos como el amarillo y el naranja.

Oído. Usualmente existe la necesidad de utilizar audífonos por pérdida de la agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos, debido a la disminución de las células ciliadas del órgano de Corti a partir de los 50 años), alteración en el control postural reflejo, reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad, presbiacusia, es decir, aumenta la intensidad del sonido, reducción de la tolerancia a los tonos altos, aumenta la capacidad de reacción ante un estímulo, lo cual se incrementa en los mayores de 70 años, riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural

Boca. Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas, pérdida del apetito, reducción de la agudeza de las papilas gustativas, reducción de la sensación del calor o frío, reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno, en ocasiones dificultad para deglutir, reducción del reflejo del vómito, la habilidad masticatoria (disminuye con la edad), deterioro dental (pérdida de piezas), necesidad de utilización de prótesis dentales, son frecuentes las caries, las enfermedades periodontales, alteraciones en la mucosa oral, xerostomía, los trastornos de la lengua, la reabsorción del reborde alveolar y el aumento de la incidencia de cambios malignos.

Nariz. Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales, crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz

Aparato Respiratorio. Disminución del volumen respiratorio, reducción de la perfusión periférica, aumento del diámetro anteroposterior y la rigidez torácica, deflación del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos, reducción de la distensibilidad muscular; hipoventilación de los alvéolos con la consiguiente disminución a la tolerancia del ejercicio, reducción de moco producto de la resequead de las membranas mucosas lo que predispone a las infecciones respiratorias

Sistema Cardiovascular. Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica; hipotensión ortostática, reducción de la frecuencia y del gasto cardíaco entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico, disminución de la circulación arterial, pulsos periféricos fácilmente palpables (pulsos pedios más débiles), insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, varices, edemas e inflamaciones.

Aparato Gastrointestinal. Disminución de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivas y moco intestinal, reducción de la motilidad intestinal debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno, disminución del peristaltismo esofágico, reducción de la tolerancia alimentaria producto

de la disminución de la flora bacteriana, cambios en el patrón de eliminación (estreñimiento), presencia de incontinencia fecal, asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica, prognatismo (pérdida de altura facial), síntomas de esofagitis o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica, sensación de plenitud gástrica precoz, reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos, signos de malnutrición.

Aparato Renal. Reducción de la perfusión renal, cambios en el patrón de eliminación urinaria (nicturia), presencia de síntomas y/o signos de incontinencia urinaria, (de estrés, urgencia, inaplazable, rebosamiento y funcional), las cuales pueden presentarse en forma única o simultánea, dificultad para iniciar y terminar el chorro de orina en el varón, debido a una hipertrofia prostática.

Sistema Reprodutor Femenino. Estrechamiento y acortamiento de la vagina, disminución en la producción de estrógenos, cambios en la flora y PH vaginal, reducción de la lubricación vaginal, atrofia vulvar, reducción y aclaramiento del vello pubiano, aplastamiento de labios mayores y menores, reducción del tejido mamario volviéndose péndulas, elongadas y/o flácidas, vaginitis, dispareunia y hemorragias, irritaciones a nivel vulvar.

Sistema reproductor masculino. Disminución del tamaño y de firmeza de los testículos, aumento del tamaño de la glándula prostática, aumento del diámetro del pene y reducción de la producción de testosterona.

Sistema musculoesquelético. Descenso de los movimientos voluntarios rápidos, reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular, respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos), disminución de la masa muscular, no asociándose a pérdida de fuerza, reducción de la estatura 2.5 a 10 cm. (pérdida de agua el tejido cartilaginosa y un estrechamiento discos vertebrales), cambios artrósicos en las articulaciones, contracción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera,

cuerpos vertebrales, hombro y muñeca, en cuanto a postura se observa flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulares y ligamentos), comúnmente es necesario utilizar silla de rueda, bastones, etc.

Sistema tegumentario. Piel más fina y floja destacándose las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de manos y pies; más pálida con depósitos de pigmentos (pecas), resequedad y descamación de la piel producto de la disminución del número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas, presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol, púrpuras seniles (aumento de la fragilidad vascular), presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad, frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación del dolor, presión y vibración, reducción en el proceso de cicatrización, disminución del crecimiento del cabello y apareamiento de “canas”, reducción del vello pubiano y axilar, después del climaterio, presencia de “telangectasia senil”, son pequeños tumores diseminados de color escarlata, descenso de la velocidad del crecimiento de uñas, pérdida de la turgencia cutánea.

Sistema Neurológico. Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios, educción del sentido del olfato, reducción del sentido postural, disminución de la sensación táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas, probable alteración en el patrón de sueño, reducción del rango, intensidad y duración de la voz.

Cambios psicológicos en el adulto mayor

Los cambios psicológicos que ocurren en el adulto mayor tienen componentes cognitivos, afectivos y psicomotores. El envejecimiento biológico, psicológico y social no necesariamente ocurre de manera simultánea: los cambios psicológicos pueden preceder o seguir a las modificaciones biológicas y sociales.

Las funciones cognitivas se pueden definir como aquellas actividades mentales que realiza el individuo al interactuar con el entorno, antiguas investigaciones pusieron de relieve los efectos negativos del envejecimiento sobre las funciones cognitivas, investigaciones más actuales afirman que algunas de las actividades cognitivas no decrecen con la edad o se ven poco afectadas por el paso de los años. La inteligencia es uno de los aspectos más estudiados por la Psicología Gerontológica en relación a los cambios que se presentan como consecuencia de el paso del tiempo, existen dos tipos de inteligencia la fluida y la cristalizada, la fluida mide la capacidad para resolver problemas nuevos, no depende del conocimiento adquirido ni de factores culturales y la cristalizada supone la acumulación de experiencias y conocimientos del individuo durante toda la vida; al contrario que la anterior, si esta influida por factores educativos y culturales.

Estos dos tipos de inteligencia muestran curvas de envejecimiento bien diferenciadas: así , mientras que la fluida alcanza su máximo desarrollo en la adolescencia y luego decrece progresivamente, la cristalizada tiene su máximo a los 18 o 20 años y permanece estable o incluso puede aumentar en la edad avanzada; Las destrezas que son la base de las actividades fluidas, no suelen practicarse por la mayoría de las personas mayores, por lo que con una estimulación apropiada estas habilidades podrían mejorarse (Millán, 2006).

La memoria es la capacidad para recibir, recoger y almacenar información en nuestro cerebro y recuperarla cuando nos es preciso, la mayoría de las personas mayores se quejan frecuentemente de sufrir pérdidas de memoria sin embargo no es cierto que se sufran obligatoriamente serios problemas de memoria al llegar a la vejez. A pesar de que algunas enfermedades relacionadas con la edad, como la enfermedad de Alzheimer, tienen efectos fundamentales sobre la memoria, el declive de las funciones mentales y de la capacidad para recordar no forma parte del proceso normal de envejecimiento. En la

siguiente tabla se muestran algunas de las funciones cognitivas más importantes y se describe los cambios en relación con el envejecimiento.

Evolución de las funciones cognitivas en el adulto mayor

<i>Capacidad</i>	<i>Descripción</i>
Memoria	La información inmediata se capta con más lentitud y cuesta recuperarla. Problemas en el recuerdo y evocación
Lenguaje	Más rico, mejorar el vocabulario, declive en la fluencia verbal
Personalidad	Algunos autores hablan de estabilidad y otros de cambio
Estado afectivo	Mayor cautela, conformismo y aceptación
Inteligencia	Déficit en el procesamiento de la información. Disminuye la fluida, se mantiene o establece o aumenta la cristalizada
Percepción	Algo disminuida
Tiempo de reacción	Disminuido
Velocidad de Procesamiento de la información	Enlentecimiento

Cambios socioculturales en el adulto mayor

A lo largo de la vida, toda persona va a ir sufriendo una serie de cambios y para lograr una buena adaptación a estos cambios es necesario desarrollar nuevas capacidades. Entre los cambios mas comunes debido al envejecimiento están los cambios en los roles sociales, que cada individuo experimenta de distinta forma, en los países desarrollados, la industrialización ha supuesto, entre otras cosas, la perdida de prestigio y poder del adulto mayor, situación que afecta a su capacidad de autonomía económica por lo que la pobreza en las personas mayores es un problema (Millán, 2006)

Entre los principales factores de riesgo de exclusión social predominan los del ámbito económico, laboral, sociosanitario, relacional, formativo y vivienda; así mismo, existen factores asociados con las características individuales como la edad y el género los cuales incrementan el riesgo. A pesar de que a nivel político se han implementado algunas medidas orientadas a favorecer la inclusión social de este importante sector de la población, los resultados demandan mayor esfuerzo y voluntad política.

En este sentido el ámbito económico significa la tranquilidad o inestabilidad del adulto mayor, tomando en cuenta que las pensiones y/o jubilaciones en nuestro país son limitadas en términos de recursos financieros y los apoyos otorgados a los adultos mayores por parte del gobierno en su mayoría no satisfacen las necesidades mínimas para la manutención del individuo, así mismo el acceso a los servicios sanitarios es limitado puesto que de no contar con seguridad social los adultos mayores acceden a hospitales del sector salud o bien a recibir tratamiento en hospitales privados significando un costo de bolsillo, para lo cual la mayoría de las familias mexicanas no esta preparada, en relación a genero las mujeres son mas vulnerables, puesto que la mayor sobre vivencia femenina se traduce en cambios en el estado civil y económico, por ejemplo el porcentaje de viudas es cerca del triple o mas que el de los hombres, esta condición legada a la menor participación económica de las mujeres y a los mayores índices de analfabetismo inciden en una mayor vulnerabilidad, marginidad y pobreza.

Los adultos mayores económicamente seguros, alertas y comunicativos son capaces de sobreponerse a las actitudes sociales y continúan influyendo en la vida de otras personas, mientras que aquellos que no se encuentran en esta posición se ven forzados a presentar el rol asignado por la sociedad y se deprimen fácilmente, los ancianos son más sensibles, por tanto cualquier situación o problema les causa mayor grado de ansiedad, y si se enferma la recuperación será más lenta. Muestran mayor preocupación por los problemas de su grupo familiar.

La sociedad actual enfatiza la juventud y la belleza por lo que no es extraño que un adulto mayor vea su futuro con pena, porque no se le tiene en cuenta para actividades que puede desempeñar, y por las cosas que le van quedando inconclusas por falta de oportunidades. El envejecimiento genera inseguridad en el hombre y mujer modernos, se sienten impulsados a compensar su capacidad disminuida por productividad competitiva, lo cual puede desencadenar en un aumento de la autoconfianza, o en aumento de la tensión psíquica y fisiológica, sobre todo en nuestra cultura que constantemente repite que el futuro está en manos de los jóvenes y niños, pero jamás se dice que gracias a los adultos mayores se construyó el presente.

Área Espiritual del adulto mayor

La espiritualidad y la religiosidad se consideran fortalezas del carácter son el conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida, así mismo se trata de creencias acerca de un propósito y significado último del universo y del propio lugar en él, por lo que las personas que tienen esta fortaleza tienen una noción acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les da seguridad. Estas creencias son persuasivas, abarcadoras, y estables, y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, los significados que construyen y las formas en que se interrelacionan con otros. La espiritualidad es universal, todas las culturas tienen concepciones y representaciones

referidas a una fuerza última, trascendente y sagrada, que orienta en los temas centrales de la vida, como el sentido y propósito de la vida, y ofrecen reglas y valores que guían las relaciones interpersonales.

La espiritualidad existe tanto fuera como dentro de contextos religiosos, y adopta su forma particular de acuerdo con la cultura en que se manifiesta. Cada persona tiene su particular cultura espiritual, la que es producto de la combinación de su espiritualidad personal y de las experiencias espirituales o esquemas culturales a los que ha sido expuesto. Tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar. En este sentido, la espiritualidad puede ser usada tanto constructiva como destructivamente, por lo que no es inherentemente buena o mala, y su valor depende de la manera específica en que las personas buscan lo sagrado (Pargament & Mahoney, 2002, citado en San Martín, 2008).

Koenig (2001) señala que la fe religiosa parece proteger a los adultos mayores de la enfermedad cardiovascular y el cáncer, que son las dos más importantes enfermedades del final de la vida, y también parece evitar por mayor tiempo el llegar a la invalidez. Otros beneficios que aporta la espiritualidad tienen que ver con la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital. Este autor encuentra que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Asimismo, encuentra que los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración son menos importantes.

Por otra parte, hay evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de membresías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, en los adultos

mayores más involucrados en sus comunidades religiosas, también se encontró menor temor a la muerte. No obstante, más que la actividad religiosa en sí, es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte. Por último, se ha encontrado que las personas mayores que son religiosas son más sanas físicamente en la última parte de sus vidas y viven más que sus contrapartes menos religiosos (Koenig, 2001, citado en San Martín, 2008).