

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR INTERNADO EN EL ASILO  
EL BUEN JESÚS –AREQUIPA 2013”**

Tesis presentada por la Bachiller  
**GUTIÉRREZ MENDOZA, ELIZABETH  
RINA**

Para obtener el Título Profesional de:  
**ENFERMERA**

**AREQUIPA-PERÚ**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
B. OBJETIVOS	8
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	9
B. BASE TEÓRICA	13
C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	50
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	51
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	52
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	53
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO	54
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	57
<b>CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. RESUMEN	88
B. CONCLUSIONES	89
C. RECOMENDACIONES	90
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	



## **INTRODUCCIÓN**

La situación actual de los adultos mayores constituye un tema muy importante a nivel mundial, en los últimos años esta población ha venido aumentando de manera significativa, originando cambios importantes en la pirámide poblacional; generando cierto tipo de obligaciones por las entidades gubernamentales y especialmente de la familia.

En la actualidad, la etapa del adulto mayor, es una etapa de vida poco valorada por la sociedad. Todos los adultos mayores no presentan las mismas características de salud, ni económicas, así por ejemplo encontramos adultos mayores valentes y postrados, al igual que adultos mayores que carecen de ingresos o que, los que perciben y están muy por debajo de lo que se requiere para cubrir las necesidades requeridas; claramente requieren de cuidados específicos de acuerdo a las discapacidades o condiciones sociales que presenten cada uno de ellos, pero por sobre todo, requieren de una atención que considere su dignidad de personas.

Durante el siglo XIX los Hogares Benéficos se responsabilizaban del cuidado y protección tanto de los adultos mayores como de los deficientes mentales e indigentes. En la actualidad la falta de medidas de protección legal reguladas por el Estado y la presión de demanda por cuidados extra familiares genera la apertura de hogares para adultos mayores, como una nueva actividad económica con y sin fines de lucro, teniendo diferentes niveles de atención, organización y formalización de actividad, creadas tanto por instituciones benéficas de origen religioso como por privados. En este contexto las instituciones de adultos mayores constituyen una realidad ineludible y único recurso frente a los casos de abandono, falta de una familia como red de apoyo, pérdida de autonomía, situaciones de carencias de recursos económicos y enfermedades, entre otros.

El presente trabajo se enmarca en la necesidad de conocer las vivencias: percepciones, sentimientos de los adultos mayores internados en el asilo el Buen Jesús, ya que si bien se tiene algunos antecedentes respecto a las condiciones materiales, de equipamiento y de personal de dichos establecimientos, se desconoce la opinión y la visión que tienen los propios adultos mayores respecto de las actividades que se realizan en la institución que residen, cómo son sus relaciones con el personal de cuidado diario y con sus pares, que son en definitiva, las personas con las que conviven sus últimos años de vida.

La situación planteada es un problema poco abordado, es por ello que las declaraciones o testimonios personales de los adultos mayores sobre sus vivencias al estar internados resultaran valiosas para una mejor comprensión de su situación. En este sentido, el propósito de esta investigación es que los antecedentes obtenidos sean un aporte importante que permitan impulsar acciones de cuidado en conjunto con encargados de la institución, con el fin de mejorar las condiciones de vida y poder mantener un estado de salud íntegro de los adultos mayores internados.



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

A partir del siglo XX, las formas de vida de quienes se ven enfrentados a la tercera edad, se han transformado; y es que es un hecho que en las últimas décadas ha aumentado la población de adultos mayores, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados.

Según Composterga Cruz, investigaciones realizadas al respecto por las Naciones Unidas arrojaron los siguientes datos: en el año 1950 existían en el mundo 200.000.000 personas mayores de 60 años; ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350.000.000. Se estima que para el año 2025 estas cifras serán cuadruplicadas. Hoy observamos un crecimiento del 2,4% en este grupo de población, lo que provocará que la población anciana se duplique cada 23 años.

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2012, la población integrada por las personas mayores de 60 y más años de edad ascienden a 2 millones 712 mil y representan el 9,0% de la población total del país. Se estima que, para el año 2021, dicho grupo poblacional será de 3 millones 727 mil y representará el 11,2%. La población adulta mayor peruana tiene un crecimiento anual de 3.6%.

El aumento significativo de personas mayores de 60 años a más, y las proyecciones demográficas estimadas al respecto nos indican la importancia que este grupo etario va adquiriendo en nuestro país, lo que va evidenciando un desafío para la sociedad peruana acerca de cómo mejorar, elevar y asegurar una calidad de vida digna a todos los adultos mayores. Esta pregunta adquiere especial importancia cuando, lo que se observa en nuestro entorno es exclusión, segregación y discriminación social con estas personas. Esta situación de discriminación, si bien no tan sólo la viven las personas de edad, se ve acentuada en este caso, por la magnitud que va adquiriendo este grupo de población.

El adulto mayor al igual que cualquier otro grupo etario, posee diversas necesidades, no obstante, puede ser una etapa más compleja que las otras etapas del ciclo vital, debido a que el adulto mayor se debe enfrentar a un sin número de cambios físicos, psicológicos y sociales, lo cual dificulta la satisfacción sus necesidades y pone en juego todas las estrategias necesarias, fruto de sus experiencias para revertir esta situación.

Así también la pérdida de roles de los adultos mayores ha implicado pérdida de espacios de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún grado de indefensión que se expresa muchas veces en desamparo y abandono; puesto que no se aprecia su aporte social y familiar constituyéndose en una carga para la familia y la sociedad. La situación actual de la familia peruana, sumada a las exigencias de la sociedad

actual ha favorecido las condiciones para que los núcleos familiares no puedan o no quieran hacerse responsable de los adultos mayores.

Esta problemática en la estructura familiar, es una de las razones fundamentales por la cual se opta por trasladar a los adultos mayores a distintas instituciones para su cuidado. Este tipo de hogares para adultos mayores, si bien cumplen con la función de acoger a aquellos que por diferentes circunstancias no pueden estar con sus familias, no están exentos de problemas. En primer lugar, se puede decir que el tipo y la localidad de la atención que reciban estarán determinadas por los recursos que la familia o el mismo adulto mayor posean para pagar por este servicio. En segundo lugar, están los efectos propios de la internación.

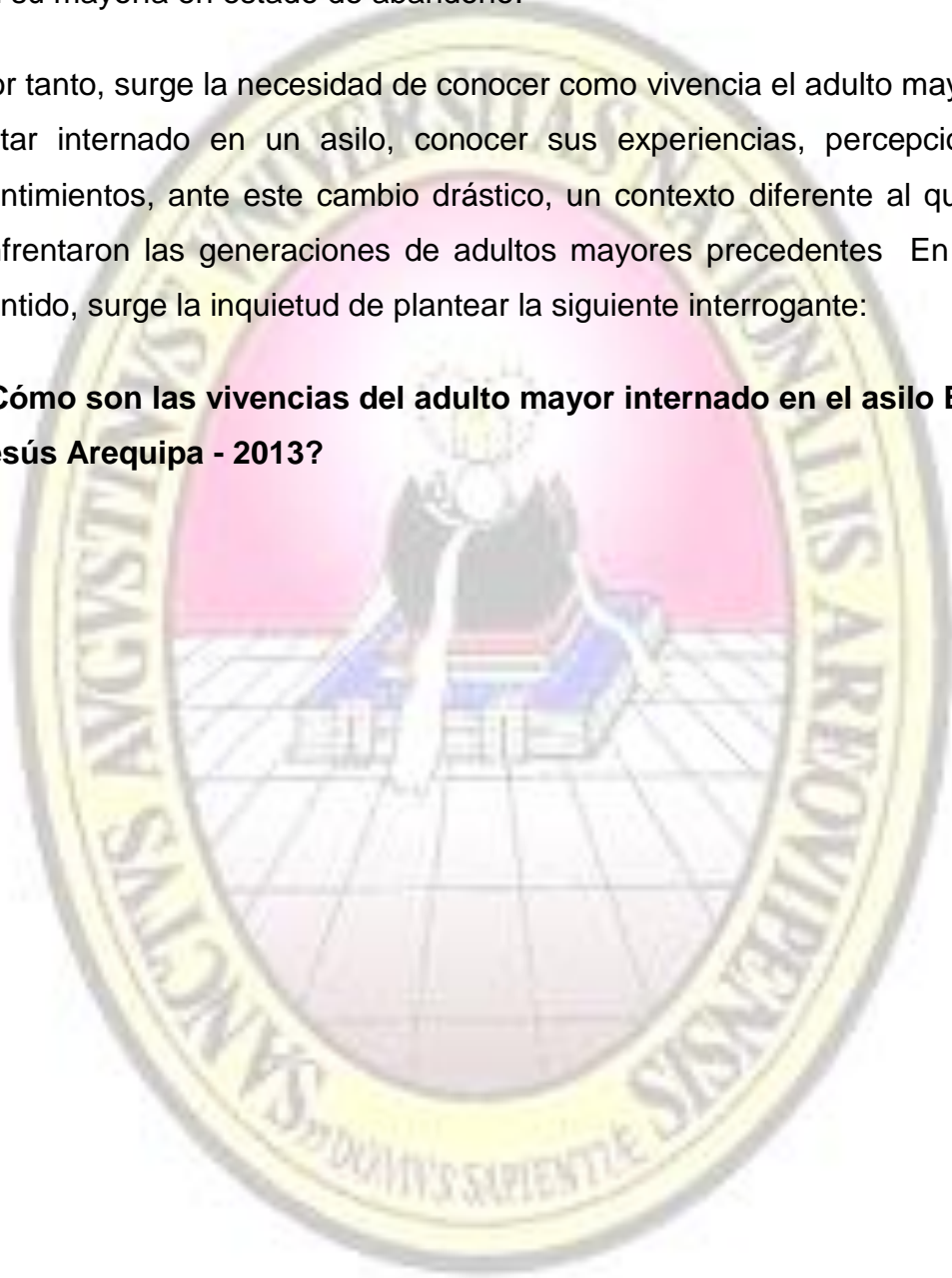
Tener que adaptarse a un lugar nuevo, extraño, con nuevas personas a su alrededor, nuevas reglas a cumplir, el diferir con sus cuidadores y compañeros en aspecto económico, social y cultural puede llevar a algunos ancianos a sentirse replegados en sí mismos, puede afectar emocionalmente al adulto mayor en su calidad de vida y en su diario vivir; no obstante la decisión de traslado a estas instituciones es por lo general irreversible. Pero por otro lado, el internamiento puede devolver a otros adultos mayores el gusto de vivir, a sentirse menos aislados, porque pueden socializar con personas de su edad. Es de tal suerte que pudieran preferir permanecer sus últimos días en un asilo, antes de seguir soportando maltratos, indiferencia y el abandono de sus hijos.

El pensamiento que los adultos mayores tengan y las experiencias que viven en medio de su situación actual, dependerán de cómo interpreten cada uno de ellos su actual estilo de vida, es decir, vivir solos tras haber sido abandonados por sus propios familiares, o el simple hecho de no tener familia ni nadie que vele por ellos. Parece relevante rescatar, el poder descubrir cómo estos adultos mayores han elaborado esta experiencia y cómo eso les permite vivir más o menos plenos.

En la ciudad de Arequipa se cuenta con instituciones públicas y privadas al cuidado del adulto mayor, cada una con realidades diferentes; una de ellas es el asilo Buen Jesús, entidad que pertenece a la Beneficencia Pública de Arequipa, laborando 38 años al servicio de adultos mayores, en su mayoría en estado de abandono.

Por tanto, surge la necesidad de conocer como vivencia el adulto mayor el estar internado en un asilo, conocer sus experiencias, percepciones, sentimientos, ante este cambio drástico, un contexto diferente al que se enfrentaron las generaciones de adultos mayores precedentes. En este sentido, surge la inquietud de plantear la siguiente interrogante:

**¿Cómo son las vivencias del adulto mayor internado en el asilo Buen Jesús Arequipa - 2013?**





## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Describir las vivencias del adulto mayor internado en el asilo “Buen Jesús Arequipa – 2013”

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a los adultos mayores del asilo “Buen Jesús”, en cuanto a edad, sexo, estado civil y grado de instrucción
- Explorar las vivencias que tienen los adultos mayores en estudio.
- Conocer y describir las percepciones, sentimientos que experimentan los adultos mayores en estudio.





## **CAPÍTULO II**

### **BASE TEÓRICA**

#### **A. ANTECEDENTES**

MERLET, E.; PARRA, E. (2011). Chile, realizaron el estudio “Vivencia de la Tercera Edad de un grupo de adultos mayores”, con el objetivo de comprender cuáles son los temas relevantes para ellos en esta particular época de la vida. Estudio cualitativo fenomenológico; la muestra estuvo conformada por 6 adultos mayores; la técnica utilizada la entrevista en profundidad. Los resultados encontrados muestran dos vivencias de esta época de la vida, en una primera parte el aparecer de una persona libre, que vive aprobando, disfrutando y buscando un sentido a su vida, tomando en cuenta las dificultades y haciéndose cargo de ellas. Por otra parte, aquellos que viven sufriendo esta etapa de la vida, donde todo

aparece como terrible, y no existe posibilidad alguna de disfrutar o descansar, donde la vida misma no se constituye como valor y donde no hay un sentido para la existencia.

SOJO, B.; COTO, E. (2011). Costa Rica. Realizaron el estudio “Vivencias del adulto mayor en la práctica de actividades acuáticas. Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica”, con el objetivo de conocer las vivencias de los adultos mayores durante la práctica de actividades acuáticas. Estudio cualitativo descriptivo; la muestra estuvo conformada por 15 adultas mayores, obtenidas por muestreo no probabilístico; la técnica utilizada fue la entrevista aplicada. Los resultados obtenidos son referidos a cambios físicos, emocionales, mentales y sociales que experimentaron los adultos mayores en el grupo.

ALONSO, L. y cols. (2009). Colombia, realizaron el estudio “Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del hogar geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla” el objetivo fue determinar las percepciones sobre envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores. Estudio de casos y enfoque cualitativo. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 40 personas. Dentro de los resultados se encontraron percepciones en común; “Los participantes no se consideran viejos(as)” y “Se sienten bien porque todo el tiempo fueron activos” y en las mujeres “Envejecimiento está asociado a menopausia”. Dentro de algunas de las expresiones encontradas están: “Sienten que su experiencia y madurez pueden ser de gran aporte a la sociedad”; la percepción está influida por la familia, idiosincrasia y espiritualidad; los de mejor percepción son aquellos que en etapas previas de la vida se describían activos y con buenas relaciones con la familia, uno de cada diez adultos mayores tuvo percepciones negativas de la vejez.

BELKIS, B. y cols. (2009). Santiago De Cuba, realizaron la investigación “Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos

institucionalizados”, con el objetivo de identificar algunas de las características psicológicas y sociales en ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos “América Labardi Arce”. Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, en una muestra de 160 ancianos en régimen de internos y semiinternos, durante el trimestre enero-marzo de 2006. Se utilizaron entrevistas estructuradas y se obtuvo como resultados: manifestaciones de ansiedad, excitación e irritabilidad en un 50,7 %; buen estado de ánimo, alegría y bienestar en sentido general en un 86,9 % y sobre todo entre los internos 90,4 %; vivencia de rechazo y falta de afecto de los demás hacia ellos fue referida por el 52,5 % de los ancianos, con diferencias significativas en el grupo de semiinternos 75 % con respecto a los internos 46 %.

ROLDAN, V. (2008). Lima-Perú, realizó la investigación “Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad Hermanitas Descalzas 2007”, con el objetivo de comprender las Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares. Estudio Cualitativo, descriptivo, la muestra estuvo conformada por 19 personas adultas mayores, obtenidas por muestreo no probabilístico; la técnica utilizada fue la entrevista a profundidad donde se identificaron siete unidades de significado: Envejecer, Sentimientos al ser un adulto mayor, Actitud de la familia, Motivación, Salud, Enseñar a los demás y Sentimientos hacia los familiares.

VARELA, A. (2008). Colombia, realizó la investigación “Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores”. Con el objetivo de describir algunas de las percepciones sobre el envejecimiento de un grupo de adultos mayores, en el municipio de Caldas, Antioquia. Estudio cualitativo etnográfico en una muestra de 10 hombres y 9 mujeres de 60 o más años, residentes en el área urbana de Caldas y 6 personas de la comunidad, relacionadas con adultos mayores. Se utilizó la observación, la entrevista semi-estructurada, grupal y la revisión documental, buscando la comprensión de los

procesos de reproducción social. Encontraron como resultados que los participantes reconocen como definatorios de la vejez: la muerte, la jubilación, la enfermedad y la soledad, y que su situación actual tiene que ver tanto con condiciones de inclusión o exclusión del pasado como de la época actual.

BECERRA, D. (2007). México, realizó la investigación “Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo”, con el objetivo de conocer las opiniones de los adultos mayores que viven en un asilo. Estudio cuantitativo de corte transversal, en el que se aplicó una encuesta de opinión a 26 adultos mayores, se exploró las variables: estancia confortable, sentimientos de tristeza, miedo a la soledad, actividades programadas en el asilo y exclusión de actividades familiares. Los resultados fueron entre otros: estancia confortable 71%, sentimiento de tristeza 40%, sentimiento de miedo a la soledad 32%, des- acuerdo con las actividades programadas en el asilo 67% y los que piensan que hay exclusión de actividades familiares 69%.

RODRIGUES, A. y cols. (2007). Brasil, realizaron el estudio “Vivencia de un grupo jubilado-anciano”, con el objetivo de comprender la situación del jubilado a través de la vivencia en grupo. Investigación - Acción, realizada en 25 sujetos jubilados de la Universidad de Sao Paulo, con edades entre 51 y 79 años. Las narraciones respecto de las vivencias fueron obtenidas por medio de interacción verbal, discusión en grupo y entrevista. Del análisis de las vivencias han emergido cuestiones relacionadas a los intereses y expectativas, las cuales reflejan la percepción de los problemas de soledad, depresión, ausencia de diálogo, reclusión y la búsqueda de ambiente social para reencuentro, comunicación, convivencia, ocio y desarrollo de las actividades que valoren su vida

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. ADULTO MAYOR**

#### **1.1 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario, que comprende a las personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos: persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 65 años de edad. (CHAKIEL, L., 2000)

Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años, a 70, para clasificar a este grupo poblacional.

La expresión “tercera edad” es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Es la séptima y

última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta la muerte. (OPS, 2009).

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: "Un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte" (VILLA, S. y cols., 1999).

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata.

Es importante hacer notar, que el adulto mayor presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice.

En el adulto mayor se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el adulto mayor ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el adulto mayor, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el adulto mayor viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades.

El adulto mayor experimenta una necesidad creciente de seguridad, en un momento de la vida en que los recursos físicos y psicológicos están en rápida decadencia. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

## **1.2. CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

Desde el punto de vista funcional podemos clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal:

### **a. Persona adulta mayor autovalente**

Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la continencia; y, asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, comprar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la sociedad tienen esta condición.

### **b. Persona adulta mayor frágil**

Es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la sociedad tienen esta condición.

### **c. Persona adulta mayor dependiente o postrada**

Se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5% de los que



viven en la sociedad tienen esta condición. (LEITON, O.; ORDOÑEZ, Y., 2003)

### **1.3. ENVEJECIMIENTO**

#### **1.3.1. Definición**

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. (LEITON Y ORDOÑEZ, 2003)

#### **1.3.2. Características del envejecimiento:**

- a. Universal:** es propio de todos los seres vivos.
- b. Progresivo:** porque es un proceso acumulativo.
- c. Continuo:** tiene un inicio y final.
- d. Dinámico:** porque está en constante cambio, evolución.
- e. Irreversible:** no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- f. Declinante:** las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- g. Intrínseco:** porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales.
- h. Heterogéneo e individual:** porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

## **1.4. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el funcionamiento de las esferas biológica, psicológica y social. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

Se debe considerar que no todos los procesos están presentes en los adultos mayores debido a que tienen en su desarrollo un carácter individual y heterogéneo, por lo que cada uno llega a tener su propia manera de envejecer. A continuación se revisarán algunos cambios asociados al envejecimiento.

### **1.4.1. Cambios biológicos asociados al envejecimiento**

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final, sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

#### **a. Anatomía general**

La estatura, generalmente a partir de los 40 años, disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por los cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, el encorvamiento de la columna, caderas y piernas, que se arquean. También el peso disminuye a partir de los 50 años y en un 20% el de tejido graso.

#### **b. Problemas de irrigación sanguínea**

La caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardíaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.

### **c. Los sentidos**

En el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que envejecen antes es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones

### **d. EL sistema nervioso**

Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20%, produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neurotransmisores. Estos deterioros, sin embargo, no se traducen necesariamente en cambios intelectuales ni conductuales. Tanto la acumulación de cambios como la actitud con que el sujeto los asume, sí le predisponen a sufrirlos. Los principales son: los reflejos disminuyen en intensidad de respuesta y estructura; y el ciclo del sueño se altera.

### **e. Área cognitiva**

Entre los cambios cognitivos se pueden considerar la existencia de problemas en la inteligencia fluida o rápida, y no en la inteligencia centrada en la experiencia, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. El coeficiente intelectual no parece descender con la edad. Algunos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales, como en la capacidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

Puede observarse disminución de la percepción de análisis e integración de la información sensorial, disminución de la memoria reciente o de corto plazo y alguna pérdida de la habilidad de adquirir nuevas habilidades. Estos cambios, que son relativamente normales, no se encuentran en todos los adultos mayores.

Existe un grupo numeroso que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas y, por tanto, el interés en el mundo.

En la personalidad del adulto mayor se pueden observar nuevos signos de maduración, estabilidad emocional. Visión más ponderada de las cosas y hegemonía de valores relacionados con el mundo interior. Sin embargo, puede perder la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

#### **f. Sistema gastrointestinal**

Existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento.

También se presentan por atrofia intestinal de las glándulas intestinales y disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal. Se reduce la secreción de ácido clorhídrico y de enzimas. Se altera la absorción de hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico. Disminuye el metabolismo de los fármacos.

#### **g. Sistema genitourinario**

Disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de área y creatinina en sangre. Se reduce la excreción de fármacos. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal. Existe también un debilitamiento de la musculatura renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones.

En la mujer, existe atrofia genital con estenosis de la vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales. También disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones, y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria.

Se atrofia el tejido mamario. En el varón existe atrofia testicular con esperma menos viable y en menor volumen, demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad peneana. (STANLEY, D., 2009)

#### **1.4.2. Cambios psicosociales asociados al envejecimiento**

El campo psicosocial es de una gran amplitud, se realiza la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

##### **a. La ideología del “viejísimo”**

Nuestra sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”; identificando esta etapa de la vida con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social.

El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace percibirse al adulto mayor como un inadaptado, considerando su deterioro algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.

##### **b. La vida laboral**

El llegar a ser adulto mayor implica para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilación bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Siente que “no son nadie” y pierde su sociabilidad. Por otro lado, la Teoría de la Continuidad refiere que el empleo del tiempo libre evita que se produzca esa crisis de ruptura e identidad social.

### **c. Cambio del rol desempeñado**

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas cuyo desempeño los haría sentirse útiles, y con reconocimiento social, elevando su autoestima.

Muchos adultos mayores deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos con la independencia de los hijos. Las mujeres viudas tienen mayores probabilidades de vivir sola que los hombres viudos, debido a su longevidad (viven más tiempo) y a motivos culturales (se casan con hombres mayores que ellas). Por esta razón, también, tienen menos probabilidades de contraer nuevo matrimonio después del fallecimiento del cónyuge. La carga de atender a los adultos mayores recae con un peso mayor en las mujeres, pues son ellas quienes atienden a los miembros mayores de la familia, además, de ocuparse de sus esposos e hijos.

Las personas adultos mayores deben buscar qué hacer, ocuparse en tareas más o menos valiosas para ellos, aun sin el estímulo de la garantía de que serán reconocidas socialmente. Esto hace que apenas unos pocos logren encontrar su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde viven como desocupados un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, y sin horizontes.

Sin embargo, muchos se sienten realizados en el matrimonio a medida que se va dejando de mantener la familia y de criar a los hijos. Escogen amigos, como lo hicieron en su juventud, y suelen disfrutar de ellos. Los nietos son importantes para la mayoría de los ancianos y, ellos mismos son para éstos, en crisis o no, una fuente de sabiduría, compañeros de juego, enlace con el pasado y símbolo de la continuidad de la vida familiar.

La familia debe recibir el conocimiento necesario para responsabilizarse plenamente del compromiso que supone comprender sus nuevos roles, acoger y compartir su vida con una persona adulta mayor. Valorar cuanto puede brindar esa persona al grupo familiar de positivo y creativo, sobre experiencia y vivencias que, de ser escuchadas por los más jóvenes, contribuirán a mejorar la vida de todos los miembros de la familia. Aceptando también todas sus limitaciones, problemas y necesidades.

**d. Autoestima**

Muchas veces la autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.

**e. La depresión**

La pérdida del entusiasmo de vivir es el trastorno mental más habitual, asociado a todos los cambios y pérdidas y poco puede hacer el adulto mayor para evitar su aparición pero mucho para superarla. Los síntomas somáticos y fisiológicos son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque se mezclan con los cambios normales que se producen en la vejez. Puede configurarse esas sensaciones de soledad y aislamiento por el déficit sensorial, disminución del poder adquisitivo, cambios de vivienda, poca cantidad y calidad de los contactos y por la pérdida de sus seres queridos y amigos.

**f. Afrontar la muerte**

Algunos ven el cese de la vida como alternativa, de pasar a “mejor vida” y no como pérdida, pero entre quienes culturalmente lo experimentan como tal, puede significar la eterna pérdida del alma, o de la esencia de su ser único, de su unidad biopsicosocial y espiritual. El adulto mayor

tiene menor temor a la muerte que a morir solo, desamparado y con dolor intenso. Las creencias filosóficas y religiosas, sus valores y experiencias son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la muerte. Se considera que adaptarse satisfactoriamente a la idea de la muerte (el “bien morir” de los antiguos filósofos estoicos - prueba de haber llevado una vida sana) puede ser el logro más importante de los últimos años.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, coactándoles la iniciativa y la posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente. Por lo que los adultos mayores deben adaptarse adecuadamente a esta crisis de desarrollo con la finalidad de alcanzar un envejecimiento satisfactorio y saludable hasta donde humanamente sea posible. (HOYL, R. y cols., 2000)

### **1.5. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO**

A lo largo de la historia, los humanos siempre han tratado de explicar las causas y mecanismos que originan el fenómeno del envejecimiento, pero aun hoy en día este es un hecho inexplicable. Resulta evidente que el paso del tiempo conlleva modificaciones en el aspecto y capacidades de nuestro organismo, pero los cambios del cuerpo humano no son exclusivos de las personas mayores, sino que se suceden a lo largo de toda nuestra existencia: se producen de manera evidente y muy rápida en la infancia y la adolescencia con el proceso de crecimiento, y se van ralentizando paulatinamente hasta alcanzar aproximadamente la mitad de la segunda década de la vida, cuando se inicia de un modo más o menos universal un proceso caracterizado por el mantenimiento de la vitalidad primero, y su progresiva pérdida después.

Esta evolución, que se produce de manera casi constante a lo largo de la vida de las personas, constituye lo que denominamos proceso de



envejecimiento, por lo que algunos autores afirman que en realidad, y hablando en un sentido general, empezamos a envejecer prácticamente desde el mismo momento en que nacemos. Por ello estos autores se refieren al envejecimiento como el “periodo de declinación fisiológica en el proceso de desarrollo del individuo, que culmina con la muerte” (ROWE, L., 1987).

Ahora bien, la frecuente, aunque no inevitable, aparición de enfermedades y limitaciones en ese periodo de vida, establece la necesidad de diferenciar entre el proceso de evolución fisiológica normal, o “envejecimiento normal”, y el proceso de envejecimiento que llamamos “patológico”. Ahí estriba la verdadera complicación en la definición de la vejez, pues así como el envejecimiento patológico se caracteriza por problemas de salud y manifestaciones de carácter psicosocial, ligados de manera exclusiva, o al menos predominante a la vejez, el envejecimiento normal no tiene unos parámetros o descriptores bien definidos.

Aunque parece que la biogerontología ha adquirido en los últimos años un relevante papel, y el conocimiento del fenómeno del envejecimiento ha experimentado un gran avance bajo sus investigaciones, cada vez se hace más patente el reconocimiento de que el envejecimiento no constituye solamente un proceso físico y material del organismo, sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales, y cuya explicación solo puede hallarse mediante un enfoque multifactorial, lo que ha provocado que las teorías de carácter psicosocial hayan cobrado también una gran importancia en la actualidad.

### **1.5.1. Teorías biológicas del envejecimiento**

Desde el punto de vista biológico, las teorías que establecen los mecanismos que causan el envejecimiento tratan de explicar cómo se

producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas.

**a. Las Teorías Externas**

Justifican el envejecimiento a través de la identificación de los factores medioambientales que limitan la capacidad del organismo para sobrevivir ante las agresiones externas, ya tengan estos factores un carácter voluntario como el estilo de vida, nutrición o consumo de sustancias, o involuntario como la exposición a los contaminantes del aire, radiaciones, virus, alimentos, agua u otras sustancias. La acción de estas 'agresiones' determina la lesión de las células, lo que provoca a su vez el deterioro de los órganos y funciones características de las personas envejecidas.

**b. Las Teorías Internas**

Son mucho más variadas, y hacen referencia a las diferentes circunstancias que limitan la capacidad reproductora de las células o que activan los procesos de destrucción de los tejidos. Por lo general, las Teorías Internas justifican los procesos de envejecimiento en el deterioro de los sistemas inmunológico, neurológico y endocrino, ya que al ser estos sistemas los principales controladores de la actividad corporal, la progresiva reducción de su actividad que se produce con el transcurso de los años, alteraría las funciones metabólicas, inmunológicas, reproductoras y de adaptación, tan necesarias para la conservación y supervivencia del individuo. (MORAGAS, E., 1991).

**1.4.2. Teorías sociológicas del envejecimiento**

Según Confort (1977), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos sobre la vejez. Con frecuencia, la vejez es conceptualizada como un distanciamiento en

relación a lo que se considera la norma social, mientras que los estereotipos sobre la vejez acaban por simplificar algo que es complejo y a menudo confuso.

Esta circunstancia ha generado una corriente de pensamiento muy difundida en la sociedad contemporánea denominada "ageism" (BUTLER, A., 1973), que en castellano se tradujo como "viejísimo" (SALVAREZZA, T., 1988) e incluso como 'edadismo'. Con este término se alude al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones aplicados a las personas mayores en relación a su edad, lo que en cierto modo es comparable al racismo, el sexismo o la discriminación religiosa.

El viejísimo aprende desde joven, y al contrario que en esos otros casos, no se relaciona con el medio en el que ha nacido el individuo, sino que la condición que provoca la discriminación se va adquiriendo con el proceso de socialización. Esta perspectiva dio lugar a la teoría denominada por Rose (1962) Del Grupo Minoritario, basada en la premisa de que los ancianos, al ponerse de manifiesto a modo de 'estigmas', las características visibles del envejecimiento biológico, están más expuestos a sufrir una discriminación como la que afecta a otros grupos minoritarios. Lo paradójico de esta circunstancia, es que uno formara parte algún día del grupo discriminado, por lo que puede afirmarse que 'todos seremos víctimas de nuestros propios prejuicios' (KRASSOIEVITCH, S., 1993).

También resulta evidente que el envejecimiento modifica las pautas de comportamiento. Las teorías que pretenden explicar el envejecimiento psicológico de las personas, analizan fundamentalmente los cambios que el tiempo produce en la conducta, personalidad y carácter. Sin embargo, estrechamente relacionados con esos cambios de comportamiento (y biológicos), se encuentran también los cambios sociológicos, y dado que estos influyen en las características personales de los mayores, el enfoque psicosocial en el análisis del envejecimiento,

busca integrar ambos enfoques en una mirada más global, centrando la atención en como los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuesta a los problemas que se les presentan y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan

#### **a. Teoría de la Actividad**

Propuesta por Havighurst en 1969, es la teoría más antigua de las tres y se desarrolla en base a la importancia que, en los años 50, atribuían las ciencias psicosociales a los roles del individuo (profesión, figura paterna/materna, etc.), como responsables de la articulación entre lo psicológico y lo social.

Esta teoría sugiere que la vejez se produce como consecuencia de la pérdida de los roles sociales, y que lo más importante para evitar el envejecimiento es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles y actividades sociales que se desempeñe. Las versiones más actuales de esta teoría (LEMON, L. y cols., 1972), enfatizan que las actividades sociales pueden actuar como amortiguadoras del trauma que supone la pérdida de otros roles más importantes, permitiendo la reconstrucción de la propia imagen del individuo que envejece, y que se ha deteriorado por las pérdidas que se han ido produciendo.

Además de la evidencia de que la actividad social no es necesaria ni suficiente para garantizar un buen nivel de satisfacción con la vida, la principal crítica que se hace a esta teoría es que parece más una teoría sobre la etapa de la jubilación que una teoría propia del envejecimiento. Por otra parte, la exigencia del mantenimiento de las actividades, como alternativa para ralentizar o atrasar el proceso de envejecer, resulta extremadamente difícil de llevar a cabo y justificar entre las personas con problemas de salud o de mayor edad

## **b. Teoría de la Desvinculación**

La Teoría de la Desvinculación (CUMMING, E. y HENRY, W., 1961), también llamada del “desapego”, surge en los años sesenta como reacción a la Teoría de la Actividad. La desvinculación, que estructura de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad, se describe como un “proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen” (CUMMING, E. y HENRY, W., 1961) por lo que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado, o por los otros miembros de este sistema” (CUMMING, E., 1963).

Esta perspectiva plantea una especie de complicidad entre lo biológico y lo social, que desde el punto de vista del funcionalismo estructural satisface a ambas partes (anciano y sociedad), ya que para el anciano supone una liberación de las presiones sociales, mientras que a la sociedad garantiza una transición ordenada de las personas más jóvenes a los puestos de poder, evitando además que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema.

## **c. Teoría de la Continuidad**

La Teoría de la Continuidad (ATCHLEY, R., 1971), a diferencia de las dos anteriores, sugiere que no hay una ruptura radical o una transición brusca entre la edad adulta y la etapa de la tercera edad marcada por la aparición de pérdidas, sino que tan solo se trata de “cambios progresivos, menores, ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad entre las dos etapas” (LEFRANCOIS, S., 1997).

Esta teoría plantea que los hábitos, compromisos, preferencias y disposiciones que forman parte de la personalidad de un individuo,

tienden a mantenerse a pesar del envejecimiento, y justifica la disminución en la realización de las distintas actividades en función de la pérdida de salud o por las minusvalías adquiridas, y no por una necesidad de desvincularse sentida por las personas mayores.

## **1.6. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

El desarrollo humano se conceptúa como un continuo devenir, como “ser haciéndose” en forma permanente. Esto implica en cada persona la necesidad de adaptarse a situaciones nuevas a lo largo de la vida. Así, alcanzar un envejecimiento saludable constituye uno de los más grandes retos del ser humano.

La OPS, define el estado de salud de los que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Precisamente, considerar el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad ha llevado al desarrollo de la expectativa de vida autónoma. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado juegue un papel activo.

Hay más de una manera de envejecer satisfactoriamente y los patrones que la gente sigue varían con la personalidad individual y en las circunstancias específicas de la vida.

La OPS sostiene que los adultos mayores tienen su propio nivel de bienestar y lo define como “el balance entre los entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos que le permite estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”.

En el marco conceptual del nuevo paradigma del envejecimiento, propone que depende en gran medida de la prevención de las enfermedades y de la discapacidad, del mantenimiento de una gran actividad física y de las funciones cognitivas y de la participación constante en actividades sociales y productivas. Así mismo, las perspectivas adoptadas por el programa mundial de la OMS sobre el envejecimiento presentan un modelo holístico relativo a la salud y al bienestar de las personas de edad que considera en él las siguientes características:

- Permanente interacción social.
- Realizar actividades placenteras.
- Ajustarse a los roles familiares, sociales, recreativos, culturales, educativos y laborales.
- Utilizar el tiempo libre de la mejor manera posible.
- Mantenerse físico y mentalmente sano.
- Procurar un ingreso mensual para su sustento y así ser capaz de mantener su propio hogar.
- Mantener autonomía, independencia y dignidad de su ser.
- Alcanzar la autorrealización.

También Litvak (1989), al referirse a los determinantes de un envejecimiento sano, pondera algunos factores, como:

- **Biomédicos:** que desde la perspectiva multidimensional, la autonomía es una buena medición del estado de salud del adulto mayor.
- **Conductuales:** la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad asociada al envejecimiento es la gran tarea, promoviendo estilos de vida saludables a través del autocuidado.

- **Psicosociales:** con la autoayuda, apoyo familiar y comunitario.
- **Socioeconómicos:** participación en la vida económica y productiva y, así mismo, contar con el acceso a los servicios de salud.
- **Ambientales:** contar con una vivienda adecuada, con ambiente sin contaminación y con seguridad en el tránsito vial.

Los actores llamados a participar en la construcción de un envejecimiento saludable son el Estado, la sociedad, la familia y la persona durante las diversas etapas de su vida.

Este proceso impone enormes desafíos y retos pero también enormes oportunidades. Por ello, el Estado debe integrar el proceso de envejecimiento en el contexto más amplio del desarrollo social y económico, y atender la situación de las personas adultas mayores desde la perspectiva de toda la duración de la vida, donde los estilos de vida que favorecen un envejecimiento sano, se forman en etapas tempranas, para construir y alcanzar una futura “sociedad para todas las edades” con longevos sanos, activos y productivos. Asimismo, una estrategia principal es el contar con un enfoque educativo que considere a la persona adulta mayor como protagonista de su propia historia y crecimiento, estimulando una actitud creativa, constructiva, favorable al cambio y futurista, partiendo de la premisa de que la persona construye la vejez que desea. Esto también involucra a la familia y la comunidad en la tarea de promover y apoyar a las personas adultas mayores en convertirse en su propio agente de Autocuidado.



## **2. VIVENCIAS**

### **2.1. DEFINICION DE VIVENCIAS**

Según el filósofo Husserl: la vivencia es la propia experiencia de lo vivido, que finalmente se hace parte de la personalidad en mayor o menor grado y que se ve reflejado en él. Adicionalmente una vivencia alberga todos los procesos cognitivos que suceden en un momento determinado y que quedan unidos permanentemente, de tal manera que, una vez registrada la vivencia cuando se activa uno de los procesos se activa el resto; por esta razón, es importante entender que cada vivencia es única y representa una pieza de conocimiento individual y personal.

Según Díaz Olguín las “vivencias” son fenómenos específicos de los seres del mundo que, además de vivir, están dotados de vida psíquica (como los hombres y los animales), razón por la cual revelan una estructura ontológica y también cualitativa por completo nueva respecto de la misma “vida”. La vivencia es el conocimiento directo de un acontecimiento vivido, realizado, sufrido, sentido en un individuo a lo largo de la vida.

En efecto: las vivencias son fenómenos “interiores” de los seres vivientes; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta. Las vivencias permiten a los seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de la persona, estas vivencias se consideran “entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias “entidades objetivas”, si bien inmanentes a los seres humanos.

Las vivencias se denominan “fenómenos psicológicos” porque se distinguen de manera nítida de los procesos vitales (como la nutrición, el crecimiento, la regeneración, la reproducción) que caracterizan a los seres meramente vivientes, así como de los estados vitales que determinan pasivamente la vida de éstos (como el decaimiento o la vitalidad), ambos fenómenos que son de naturaleza más bien “biológica”. Tanto los procesos vitales como los estados vitales son fenómenos “objetivos” de la vida, razón por la cual no están vinculados a ninguna conciencia y transcurren, por ello, de forma “anónima” en los seres meramente vivientes. En cambio las vivencias, como se ha dicho, son fenómenos subjetivos y hacen referencia al estado consciente de la vida; más aún, revelan esta conciencia de la vida. (DÍAZ, O., 2007)

## **2.2 . EXPERIENCIA**

Experiencia (del Lat. *Experiri* = comprobar) es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que sucedan en la vida.

Otros usos del término se refieren a la práctica prolongada que proporciona la habilidad para hacer algo, al acontecimiento vivido por una persona y al conocimiento general adquirido por las situaciones vividas. (RABADE, D., 1985)

El concepto de experiencia, en un sentido coloquial, generalmente se refiere al conocimiento procedimental (cómo hacer algo), en lugar del conocimiento factual (qué son las cosas). Los filósofos tratan el conocimiento basado en la experiencia como "conocimiento empírico" o "un conocimiento a posteriori".

Desde el punto de vista de la hermenéutica filosófica según Gadamer, solamente son posibles las experiencias si se tienen expectativas, por eso, una persona de experiencia no es la que ha acumulado más vivencias, sino la que está capacitada para permitirselas.

Desde el enfoque de los Estudios Culturales la experiencia es un concepto clave, ya que permite una mirada que abarca al mismo tiempo las condiciones materiales de existencia de una comunidad o grupo y su dimensión simbólica (THOMPSON, E., 1987).

La experiencia contribuye sensiblemente a la sabiduría. Aunque se puede obtener cierto grado de sabiduría al sufrir castigo u observar a otros recibirlo, una mejor manera de adquirir sabiduría, y que además ahorra tiempo, es beneficiarse y aprender de la experiencia de los que ya son sabios, prefiriendo su compañía a la de “los inexpertos”. (SUECO y COL. 1999).

### **2.3 PERCEPCIONES**

La percepción es la representación de la realidad en cada ser humano, Es un proceso de interpretación de estímulos donde lo central de este proceso es la asignación de significado a las sensaciones. Aunque uno presupone que los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, los individuos difieren en lo que seleccionan para que penetre en su medio conceptual. Una percepción está relacionada a experiencias pasadas, con concepto de uno mismo, con la herencia biológica, los antecedentes educativos y con los grupos socioeconómicos. (SERRA, L. y WOTJAK, R.; 2004).

En las últimas décadas el estudio de la percepción ha sido objeto de creciente interés, sin embargo, este interés ha dado lugar a problemas conceptuales pues el término *percepción* ha llegado a ser empleado indiscriminadamente para designar a otros aspectos que también tienen que ver con el ámbito de la visión del mundo de los grupos sociales, independientemente de que tales aspectos se ubiquen fuera de los límites marcados por el concepto de percepción. Es común observar en diversas publicaciones que los aspectos calificados como percepción corresponden más bien al plano de las actitudes, los valores sociales o las creencias. Aun cuando las fronteras se traslapan, existen diferencias

teóricas entre la percepción y otros aspectos analíticos que hacen referencia a distintos niveles de apropiación subjetiva de la realidad.

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad

Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de juicios, que se plantea como una de las características básicas de la percepción. La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente.

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social. En el proceso de la percepción están involucrados

mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana.

En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción. El hombre es capaz de tener múltiples sensaciones pero sólo repara en unas cuantas tomando conciencia de ellas. Sin embargo, hay sensaciones que también llegan a la mente y son procesadas de forma inconsciente.. (ABBAGNANO, S.; 1986)

## **2.4 SENTIMIENTOS**

Los sentimientos están vinculados a la dinámica cerebral y determinan cómo una persona reacciona ante distintos eventos. Se trata de impulsos de la sensibilidad hacia aquello imaginado como positivo o negativo. El sentimiento es el resultado de las emociones. Esta respuesta está mediada por neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, capacitándoles para reaccionar a los eventos de la vida (CASTILLA, C.; 2008).

Para Scheler los sentimientos son actos intencionales. Según él en tales afectos se dan esencias sin significaciones. Mantiene que la vida emocional no es inferior a la intelectual.

La importancia de los sentimientos reside sobre todo en su relación con la inteligencia y con la voluntad, y no simplemente como precedentes suyos, sino como derivados de las dimensiones activas del ser humano. Sin embargo, en nuestra época las facultades espirituales del hombre, la

inteligencia y la voluntad, están desacreditadas. Por eso ha aumentado el relativismo, es decir, la opinión que niega la universalidad de la verdad, así como el control de la voluntad. Por eso, en nuestra época se concede un mayor crédito a los sentimientos; se acude a ellos por considerar que son felices y desesperados, no somos aún felices ni estamos desesperados lo que resta después de la duda sobre el alcance de la inteligencia y de la voluntad. (LEONARDO, 1998).

Scheler distingue los sentimientos en cuatro tipos:

**a. Los sentimientos sensoriales:**

Son una conjunción de sensaciones a las que se agrega la vivencia de agrado o desagrado. Los caracteriza el hecho de estar localizados en determinados puntos del organismo, como por ejemplo el dolor.

No tienen intencionalidad, son actuales, es decir, no hay ningún recuerdo sentimental auténtico de ellos: el recuerdo de dolor no es lo mismo que sentir dolor. Son puntiformes, es decir, sin continuidad de sentido; son los menos afectados por la voluntad, están ligados a la sensación, pero le agregan una cualidad a tono independiente de ella. Son estáticos.

**b. Los sentimientos vitales**

Se diferencian de los sensoriales por su carácter difuso, se extienden por todo el cuerpo y no en una determinada región; por ejemplo las sensaciones de comodidad, incomodidad o relajación.

A diferencia de los sentimientos psíquicos, se sienten muy ligados al cuerpo: yo no soy cómodo o incómodo, sino que me siento cómodo o incómodo con todo mi cuerpo, hasta la última célula. En ese "me", se halla expresada la corporalidad de los sentimientos vitales, que los distingue de los anímicos.

Poseen la nota de relación, y además cierto carácter intencional. Son manifestaciones de la propia experiencia de la continuidad personal a través del cuerpo; son sentimientos llenos de futuración que nos ponen a distancia en contacto con los acontecimientos temporales y espaciales, es decir en una apretada síntesis: los sentimientos vitales son difusos y están ligados al cuerpo, son dinámicos, recordables, duraderos, tiene cierta intencionalidad

### **c. Los sentimientos psíquicos**

Son sentimientos dirigidos y globales. Según Lersch, se trata de sentimientos reactivos frente al mundo exterior. Nos ponemos alegres o tristes por determinadas noticias, y por consiguiente es el comienzo de la participación del Yo activo, cosa que no ocurría en los dos otros sentimientos.

Este tipo de sentimiento no se liga a la percepción misma, sino de un modo muy específico al significado que tiene lo percibido. Los sentimientos psíquicos no son una función del Yo, sino una modalidad del Yo. Una tristeza motivada, por profunda que sea, nunca tiene la difusión corporal y casi plasmática de un malestar vital. Su carácter intencional determina que cuando responden a algún acontecimiento externo, lo hagan valorándolo y citándolo en la trama de las perspectivas personales.

En resumen, podríamos decir que son sentimientos dirigidos, intencionados; son una modalidad del Yo activo, dan el significado de lo percibido y corresponden a una valoración supra vital. Ejemplo: tristeza o alegría por una causa.

#### **d. Los sentimientos espirituales**

Surgen del mismo punto de donde emanan los actos espirituales. Ya no son estados del Yo; en la serenidad del ánimo, por ejemplo, aparece borrado todo lo que es modo de estar.

Esos sentimientos son tan absolutos, que no pueden apoyarse en determinados valores: no podemos estar desesperados por algo o ser felices por algo, en el mismo sentido en el que podemos estar alegres o tristes, ser afortunados o desafortunados por algo.

Con toda razón puede decirse que cuando puede indicarse y está dado el algo en que o por lo que estamos o somos. Mientras podamos identificar el motivo o la causa, aún no hemos llegado a esa plenitud vivencial que denominamos "felicidad" o "desesperación".

### **3. ASILO DE ANCIANOS**

#### **3.1 DEFINICIÓN**

Es una residencia que provee habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas. En la mayoría de los casos, los residentes de los asilos de adultos mayores tienen problemas físicos o mentales que les impiden vivir solos y generalmente necesitan ayuda. Diario Goffman hace referencia sobre los asilos, residencia, hogares, etc., como instituciones Totales, como un "lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". (GOFFMAN, E.; 1961)

La característica central de las instituciones totales, según Goffman es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos coparticipantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto.



Por el contrario, según este autor las instituciones totales se caracterizan por:

- Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
- Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
- Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

### **3.2 MODELOS DE COMPORTAMIENTO EN UN ASILO**

Gaviria, en la Reunión Regional de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento 2003, plantea que el adulto mayor en un hábitat residencial colectivo, podría seguir seis modelos básicos de comportamiento que han sido observados, a saber:

#### **3.2.1 Adaptación**

En este aspecto podríamos decir que este comportamiento tiene relación a que el adulto mayor debe aceptar la dinámica que existe en la institución en la cual ha ingresado ya que al interior de estos establecimientos existen reglas que se deben cumplir, con el fin de mantener un orden; dicha adaptación es una situación difícil para el

adulto mayor que recientemente ingresa a uno de estos establecimientos, ya que implica aceptar una serie de situaciones a las cuales no se estaba acostumbrado anteriormente, que las reglas no son propias, sino impuestas por personas extrañas que no tienen relación alguna con el internado.

### **3.2.2 Aceptar pasivamente la dinámica relacional**

Por lo que implica dicha situación ya que las distintas personas que residen en estos establecimientos de larga estadía tienen diferentes características, esto les implica adecuarse a las de cada una de las personas que se encuentran viviendo en el mismo establecimiento ya que son un grupo que tienen una vida en común. No obstante, son un grupo heterogéneo, donde cada persona tiene su propia individualidad e historia, lo que puede hacer difícil la convivencia de algunos con su entorno.

### **3.2.3 EL resignarse**

En éste caso, está dado porque los adultos mayores que residen en este tipo de establecimientos, no tienen la opción de otro tipo de vida, traduciéndose su conducta en apatía e incluso depresión.

### **3.2.4 Simular transformar y transformarse en una relación más proyectista**

Este modelo tiene que ver con pensar en que el convivir con personas que tengan semejanzas, con el transcurso del tiempo se pueden generar lazos beneficiosos para una buena convivencia durante el tiempo que permanezcan en el mismo entorno compartiendo las mismas situaciones de la vida cotidiana, la cual se vea proyectada en el tiempo.

### **3.2.5 Evadirse o anularse**

En este aspecto es donde prevalece el descontento por el lugar en el cual se vive, lo cual resulta ser una situación desconocida y poco grata que no quiere vivir. Esto lleva a que la persona se retraiga y no quiera socializar con el resto de las personas a su alrededor y que sin duda comparten algo en común, pero el hecho de verse enfrentado a un lugar desconocido y con personas extrañas hace que probablemente se produzca una evasión a la situación que se está viviendo y que sin duda no es deseada por ellos, ni es buena para su salud mental y física.

“Cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera. Enfrenta otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores” (GOFFMAN, E.; 2004).

Estas situaciones son de fácil comprobación en la realidad, por medio de la observación del ambiente en que se sitúa la vida de las personas que viven en estas instituciones. Se aprecia por ejemplo en cómo es la interrelación de los residentes y a su vez, la relación de éstos con el personal sanitario, asistencial y administrativo, se observa también a través de las características del espacio, entre otros aspectos observables.

La institución de acogida que comienza siendo un grupo secundario en su inicio y llega normalmente a convertirse en primario; pero esta es una meta, un proceso a conseguir que implica tiempo y técnica para conseguirlo, la cual se aplica en forma consciente o inconsciente pero cuya efectividad será imprescindible para producir dicha evolución en un sentido de valoración para el adulto mayor que lo debe experimentar.

#### **4. ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR**

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido, Leininger (1984) refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería. De manera que para la Enfermera(o), el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente.

La peculiaridad del papel que el personal de Enfermería desempeña en cuidado es consecuencia interrelación enfermera-persona. Muchos otros profesionales intervienen en el cuidado a las personas y en la promoción, alcance y mantenimiento de la salud, pero ninguno de ellos acepta el mismo nivel de responsabilidad en cuanto a responder a las necesidades de la persona en todo momento y durante toda la vida.

El cuidado de Enfermería no sólo es necesario en momentos de enfermedad, sino también para promocionar el bienestar. En el pasado, la atención de Enfermería se centró en la asistencia de los enfermos hospitalizados durante las fases agudas o crónicas de su enfermedad y durante la rehabilitación. Sin embargo, en la actualidad, la práctica de la Enfermería incluye también la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte. Con este amplio campo de actuación, el actual cuidado de Enfermería se presta en una amplia variedad de marcos.

El personal de Enfermería trabaja en los centros de atención a enfermos agudos, como son los hospitales, y en servicios de asistencia a largo plazo, como residencias, centros de rehabilitación y asilos. Otros lugares donde pueden trabajar son los centros de la comunidad, como los servicios de atención durante el día, los centros de salud mental, los

centros de cirugía ambulatoria, las organizaciones para el mantenimiento de la salud o los domicilios de los pacientes.

Dada la variedad de ocupaciones, la Enfermería ofrece oportunidad a todo tipo de personas para encontrar un lugar de trabajo adecuado a su personalidad, interés y objetivos profesionales. El personal de Enfermería puede especializarse en un determinado tipo de localización o en una determinada población de enfermos. Las especialidades de Enfermería relativas a localizaciones determinadas son la atención domiciliaria, la atención de cuidados intensivos, la enfermería de salud comunitaria o la enfermería de quirófano. Las especialidades basadas en poblaciones concretas con las Enfermería pediátrica, el gerontológico o el materno infantil.

Según Henderson: “La función específica del personal de Enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Además, esta contribución específica de la Enfermería ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma en el menor tiempo posible”.

En el cuidado de Enfermería no sólo se incluyen las personas con graves necesidades físicas, psicológicas y sociales, sino también la familia y comunidad, de modo que el satisfacer estas diversas necesidades obliga a desempeñar numerosos papeles: cuidador, coordinador, maestro, defensor, colaborador, planificador de altas, investigador y administrador.

El término de Enfermería Gerontológica fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de

funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.

La Enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada.

Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en "aplicar medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles y se reorienten las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estancia".

El plan de atención, así como el de enseñanza – aprendizaje para los pacientes geriátricos debe adaptarse a sus necesidades de aprendizaje y a su forma de vida. Entre las consideraciones especiales a tener en cuenta durante la valoración, se encuentra el estado funcional y psicosocial del paciente. La falta de apoyo social puede ser un factor importante que disminuya la observancia, lo que es habitual entre los ancianos. Las pérdidas funcionales de percepción sensorial, memoria inmediata y a largo plazo y destreza, así como la limitación de movilidad, afectan la capacidad del anciano para realizar tareas y posiblemente para el aprendizaje.

## **5. MODELO DE LA ADAPTACION DE CALLISTA ROY.**

Esta investigación está sustentada en la teoría de Sor Callista Roy con el modelo de la adaptación en la cual afirma lo siguiente; la **adaptación** se refiere al proceso y al resultado por los que la persona, tiene la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno; así mismo el modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de las persona y sus nociones de **enfermería, persona, salud y entorno** están relacionado en este concepto base. En donde afirma que la **persona** busca continuamente estímulos en su entorno, como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación.

Esta reacción de adaptación puede ser eficaz o no. Por consiguiente las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a las personas a conseguir el objetivo de adaptarse; a saber la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufren la persona y el entorno. Es decir las respuestas eficaces son las que no consiguen o amenazan los objetos de adaptación. Por ende enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona.

Además Roy plantea que las personas, vistas como sistemas adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. El ambiente se define como todas las condiciones circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como de la tierra. En el ambiente se encuentran los estímulos que Roy clasifica como focales, contextuales y residuales.

Con respecto a los **estímulos focales**; sustenta que son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe afrontar en forma

inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo, y para lo cual requiere el consumo de energía. En cuanto a los **estímulos contextuales**; afirma que son otros estímulos que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal. Por último los **estímulos residuales** son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados, estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en que se conoce como están actuando en la situación, se vuelven contextuales.

Por consiguiente estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, con el propósito de desencadenar respuestas que permita controlar la situación. El subsistema de afrontamiento regulador, esta mediado por los sistemas nerviosos autónomos y endocrinos, responde automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo. Las respuestas mediadas por el subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico de adaptación

En cambio el subsistema de afrontamiento cognitivo está enmarcado en la conciencia y tiene relación con los procesos cognitivos y emocionales que permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales con base en el análisis de la situación, fundamentada en su experiencia y educación, de acuerdo con estos procesos serán sus respuestas o comportamientos. A través de estos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos, generando comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas.

Las respuestas se dividen en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación: El primero es el **modo de adaptación fisiológico – físico**; el cual se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las



necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. Así mismo tenemos el **autoconcepto** del grupo que se centra en las necesidades de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad; Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado.

El auto concepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo y la identidad moral, ética y espiritual). Con respecto al **modo de adaptación de la función del rol** describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. Por ende el rol describe las expectativas que se tiene de cómo actuara un individuo frente a otro. Por último el **modo de adaptación de interdependencia** trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad.

La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Las componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

Por otra parte se recalca que la función del cuidado de enfermería es fortalecer la integración de las persona con el ambiente, las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación. Es así como los cuidados de enfermería promueven la expansión de las habilidades adaptativas y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente, en relación con el estudio sería mejorar las interacciones entre los adultos mayores.

En relación a otro punto se describe que en la vida cotidiana la persona se ven sometida a diferentes factores estresores ambientales que deben afrontar para mantener un estado de equilibrio. Estas circunstancias son

controladas en una forma particular sin tener plena conciencia de las estrategias que se utilizan cuando de alguna manera se está acostumbrando a ellas sin embargo hay ocasiones en que las condiciones del ambiente representa una amenaza para la integridad del ser, y es en este momento en que la persona actúa en forma consciente para evitar que esos estresores superen su capacidad para afrontarlos o puedan disminuir los recursos disponibles para hacerlos.

Así mismo la condición de una enfermedad es una de las más destacadas, ya que en ella están involucrados la autoestima, la familia y el profesional de enfermería, quienes trabajan en forma conjunta en el proceso de afrontamiento a fin de lograr la adaptación. Cada persona afronta las situaciones en una forma diferente, por esta razón puede decirse que para poder ofrecer un cuidado de enfermería holístico, es necesario conocer el significado que otorga el paciente a la condición que está viviendo, como percibe las repercusiones que tendrá para su vida y los recursos y las estrategias que está empleando para afrontarla.

La aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy garantiza un cuidado integral, dado que se tienen en cuenta los problemas tanto fisiológicos como psicosociales, obtenidos a través de los datos encontrados en la valoración de los adultos mayores en estos aspectos, lo anterior permite profundizar en el conocimiento de los entrevistados, llevando a la identificación de estímulos, respuestas efectivas y los respectivos problemas de adaptación durante toda su vivencia en un asilo.

## **C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**1. VIVENCIAS:** Para este estudio las vivencias se entienden como los relatos sobre los sentimientos, percepciones, motivaciones, vividos por el adulto mayor al estar internado en el asilo.

**a. Sentimientos:** es el resultado de una emoción, que el adulto mayor experimenta y expresa al estar internado en un asilo.

**b. Percepciones:** es el proceso cognoscitivo a través del cual el adulto mayor es capaz de recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones internas, generados en el ambiente del asilo, para poder comprenderlas y darle sentido.

**c. Motivaciones:** son los estímulos que animan al adulto mayor para seguir viviendo en el asilo.

**2. EDAD:** Tiempo de vida en años del adulto mayor en estudio. Variable cuantitativa, medida en escala ordinal considerándose:

- 60-70 años
- 71- 80
- 81 a más años

**3. SEXO:** Características anatómo-fisiológicas que diferencian a una mujer de un hombre adulto mayor. Variable cuantitativa, medida en escala nominal medida en:

- Masculino
- Femenino

**4. ESTADO CIVIL:** condición del adulto mayor adopta en relación con el matrimonio civil, según las leyes peruanas.

- **Soltero:** persona que no tiene vínculo civil matrimonial.

- **Casado:** persona que si tiene vínculo civil matrimonial.
- **Viudo:** Persona que después de fallecimiento de su conyugue, no se ha vuelto a casar, ni vive en convivencia con otra persona.
- **Divorciado:** Persona que ha disuelto su matrimonio por vía legal y no se ha vuelto a casar ni vive con nadie.
- **Conviviente:** Persona que vive con una pareja sin tener vinculo civil matrimonial.

**5. GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Máximo grado de estudios logrado por la persona adulta mayor según el sistema educativo peruano. Variable cualitativa, medida en escala ordinal

- Analfabeto
- Primaria.
- Secundaria
- Superior

#### **D. ALCANCE Y LIMITACIONES**

##### **1. ALCANCE**

Los resultados obtenidos en la investigación solo serán válidos para la población en estudio.

##### **2. LIMITACIONES**

Posibilidad de falta de sinceridad y de reserva en las respuestas emitidas por los adultos mayores.



### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

##### **A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

La presente investigación tiene abordaje cualitativo, con enfoque de análisis de contenido.

##### **PROCEDIMIENTO**

1. Determinación del área de estudio: siendo como tal el asilo El Buen Jesús.
2. Selección de la población de estudio: adultos mayores internados en el asilo El Buen Jesús de Arequipa.,
3. Aplicación del instrumento
  - Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los adultos mayores, previa explicación del estudio, de su propósito y de la importancia de su participación. (Anexo 1)

- Se aplicó la entrevista a profundidad a la población en estudio. Las entrevistas fueron anónimas, codificadas usando un número de identificación, cada entrevista duro aproximadamente 35 minutos, se usó una grabadora para recoger los testimonios de las vivencias de los adultos mayores, usando como instrumento la guía temática, que consta de 6 preguntas norteadoras.
  - Se llevó a cabo la entrevista a profundidad a los adultos mayores; para explorar las vivencias, sentimientos, percepciones, y motivaciones del adulto mayor en el asilo haciendo uso de una grabadora; en el que los adultos mayores fueron identificados bajo un pseudónimo.
4. Procesamiento y análisis de datos
  5. Elaboración del informe final

## **B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo en el Asilo “Buen Jesús”, esta institución fue creada en noviembre de 1983 y lleva 28 años funcionando al cuidado de personas adultas mayores. Dicha institución está a cargo de la “Gerencia General de la Beneficencia Pública de Arequipa”.

La institución se encuentra ubicada en el Complejo de Jesús s/n, Ciudad Blanca en el distrito de Paucarpata, cuenta con un área territorial de 3000 m<sup>2</sup>. La infraestructura física, incluye una sección de administración, secretaria y dirección de la institución.

Incluye también cuatro dormitorios: dos para mujeres y dos para varones, cada uno con capacidad para doce personas; cada habitación tiene su respectivo baño. También presentan instalaciones para: tópicos, comedor, una sala de estudio, lavandería, repostería (cabe resaltar que solo sirve para la recepción de la comida, pues esta es traída del

albergue Chaves de la Rosa), dos patios con respectivos barandales y pisos especiales para el tránsito de sillas de ruedas.

Así mismo, su personal está integrado por: 1 administrador, 1 medico, una enfermera, 1 asistente social, 9 técnicos de enfermería. Actualmente la institución tiene una capacidad para 48 adultos mayores; los cuales en su mayoría ingresan por situación de abandono y/o bajos recursos económicos, es así también que para poder ingresar a la institución deben valerse por sí mismos y no presentar enfermedades infectocontagiosas.

### **C. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población está constituida por todos los adultos mayores que viven en el asilo el Buen Jesús, siendo 32 al momento del estudio. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Hombres y mujeres adultos mayores que acepten participar en el estudio.

#### **2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo
- Adultos mayores con alguna dificultad para la comunicación verbal.

Aplicados estos criterios, finalmente se entrevistó a 16 adultos mayores, con quienes la información llego a la saturación.

## **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de información del presente estudio de investigación se utilizó el método de la encuesta, como técnica empleada: la entrevista a profundidad y como instrumento el guion temático.

El instrumento comprende los siguientes aspectos:

- **Ficha individual:** preguntas estructuradas para obtener información sobre los datos generales, tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción. (Anexo 2)
- **Guía temática de la entrevista a profundidad:** constituido por 6 preguntas norteadoras sobre las vivencias del adulto mayor en el asilo. (Anexo 3).

### **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Para el procesamiento de la información de los datos generales de las personas en estudio se utilizó el programa Excel 2013 y en su presentación se han empleado medidas de frecuencias relativas y absolutas.


Teniendo en cuenta que el estudio es cualitativo, se presentaran los datos organizados de la siguiente manera:

- Transcripción de las manifestaciones orales haciendo uso del corcheteado para limpiar, eliminar datos triviales, permitiendo así la clasificación de los datos.
- Organización de los datos mediante diversos criterios (cronológico y grupo participante)
- Identificación de las unidades de análisis utilizando el análisis de edición.



- Codificación de las unidades de análisis en categorías y subcategorías (categorización).
- Interpretación y discusión de datos
- Se aplicara el método de la triangulación múltiple: triangulación de datos y de personas para asegurar la credibilidad del estudio.





**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

**A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de este estudio se presentaran en dos partes:

- a. **Análisis Cuantitativo** a través Caracterización de la población de estudio ( TABLA 1)
- b. **Análisis Cualitativo** mediante la presentación de 5 categorías de análisis con sus correspondientes subcategorías, expresadas de la siguiente forma:
  - Constructo teórico
  - Testimonios vivenciales de la población en estudio (selección de los testimonios más representativos y completos para cada categoría de análisis, obviando aquellos repetitivos en contenido)
  - Síntesis

## I. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION

**TABLA N° 1**

### **CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL ASILO EL BUEN JESÚS AREQUIPA – 2013**

<b>CARACTERÍSTICAS DE ADULTOS MAYORES</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>	60-70 años	2	12.5
	71-80 años	10	62.5
	81 a mas	4	25
<b>SEXO</b>	Femenino	4	25
	Masculino	12	75
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	6	37.5
	Casado	3	18.75
	Viudo	5	31.25
	Divorciado	2	12.5
	Conviviente	-	-
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	Primaria	15	93.75
	Secundaria	-	-
	Superior	1	6.25
	Analfabeto	-	-
<b>TOTAL</b>		16	100

Fuente: Propia

En la presente tabla se observa que el 62.5% de adultos mayores entrevistados se encuentran entre las edades que de 71 y 80, predominando el sexo masculino. En cuanto a estado civil el 37.5% son solteros y finalmente respecto a grado de instrucción el 93.75% solo posee grado de instrucción primaria.

## **I. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS VIVENCIAS EXPRESADAS POR LOS ADULTOS MAYORES**

### **PRIMERA CATEGORIA DE ANÁLISIS: VIVENCIAS SEGÚN SUS NECESIDADES**

#### **SUBCATEGORÍAS**

- Necesidades biológicas
- Necesidades psicológicas
- Necesidades sociales

#### **CONSTRUCTO TEÓRICO**

Al realizar la conceptualización de las necesidades humanas en un sentido genérico, se define como “la sensación o carencia de algo unido al deseo de satisfacerla”. Las necesidades constituyen cada uno de los procesos que ocurren en los adultos mayores, mínimos e indispensables para subsistir normalmente.

La satisfacción de estas necesidades en el adulto mayor ha variado profundamente en las últimas décadas, muchas de estas necesidades que son cubiertas por la familia, en algunas circunstancias pasan a ser satisfechas por organizaciones o instituciones de cuidado al adulto mayor.

Realizando una clasificación de las necesidades se encuentra en primer lugar las necesidades fisiológicas, regidas por el instinto de conservación de la vida, mantiene el equilibrio interno del individuo, permitiendo así la auto-conservación y mantención de la especie. Dichas necesidades serán el punto de partida en la atención a las personas mayores, dirigidas a satisfacer necesidades elementales como respiración, alimentación, eliminación, salud.

En un segundo plano se encuentran las necesidades psicológicas que ocupan un lugar importante en la cotidianidad, el equilibrio de la persona y se identifican con la autoestima, amor propio, respeto de sí mismo, a la consideración de sí y a la apreciación propia. Tienen como objetivo el deseo de fortaleza, de logro, de suficiencia, de competencia, de confianza y de libertad. Buscan el auto-respeto a través de los logros, la autonomía y el crecimiento personal

La tercera necesidad social orientada a los procesos de comunicación, afiliados, estatus, poder y recreación permitiendo su trascendencia y auto configuración como ser humano. La experiencia de ingreso del adulto mayor a una institución de cuidado, intensifica la necesidad de la solidaridad y de proximidad.

Es importante no solo saber actuar, sino también saber estar con el adulto mayor, para conocer mejor sus esperanzas, dificultades, historia y su humanidad; al satisfacer estas necesidades, los adultos mayores se sienten seguros de sí mismos y valiosos; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor.

La vejez aparece fuertemente relacionada a la posibilidad de sentirse útil y ser funcionales en la vida. Se puede observar que en la medida en que las personas se sienten incapaces o perciben que no pueden responder a las necesidades que tienen día a día, su experiencia en la vejez es vista como difícil. En cambio, si las personas se sienten capaces y apoyadas en la vida diaria, la percepción de la vejez tiende a ser más positiva. Ser capaces o funcionales depende del cuerpo, de su capacidad para seguir respondiendo a las actividades, o de estar en una condición de salud que permita el seguir siendo funcionales en la vida diaria

## **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

### **SUB-CATEGORIA: NECESIDADES BIOLÓGICAS**

#### **ALIMENTACIÓN, ELIMINACIÓN Y VIVIENDA**

*E1: “Acá no le falta a uno nada tiene alimento, aunque la comida siempre esta fría, a veces me da diarrea creo que porque esta fría, tengo techo todavía nos dan la cama...pero des pues de ahí lo demás no nos dan falta medicinas...más cuidados de salud.”*

*E4: “Acá también nos atienden hay doctor...nos dan comida, aunque nos dan frio no da ganas de comer...la comida de acá no es buena no está bien cocinado...cocinan como para el cuartel...no da ganas de comer. Y aparte que no tengo dentadura y la comida es dura, como muy poco solo lo que está blando, me quedo con hambre...debería ser algo especial para nosotros los abuelos”.*

*E5: “la comida regular porque siempre esta fría...la camita si tenemos frazadas, sábanitas...yo como algunas cosas yo me cuido porque soy diabético...me dijeron que me iban a dar dieta...Pero había sido muy feo a eso no se le llama dieta me dan lo mismo que al resto”.*

*E6: “Ni la comida es buena...es bien fea, bien fría, me cae como bomba, dura, parece lanzado de perro, siquiera debería ser especial para los abuelos”.*

*E7: “Aquí nos atienden nos dan la comidita el desayuno. A veces nos dan primero un mate bien temprano y luego el desayuno...y es que tenemos que estar a lo que dicen acá...no podemos decir nada, a nosotros como no nos cobran...tenemos que estar de acuerdo a lo que nos atienden”*

*E10: “Se me suelta mucho el estómago y luego me estriño creo que es por la comida siempre esta fría y dura...no sé qué hacer. Estoy con sonda y no me la cambian estará bien así...porque nunca me la han cambiado...no me han explicado cuando tienen que cambiarla...”*

*E14: ..“Claro que no falta la comida nos dan almuerzo desayuno todo traen...pero ropa también nos cambian cada dos días o tres o cuando nos ensuciamos nos cambian...todos nos acostumbramos y así se puede aguantar... también hay agua caliente y nos bañan cada dos días cada tres...nos calatean todo y nos bañan”.*

### **PERCEPCIÓN DE LA SALUD**

*E1:“...creo que acá mi salud va a empeorar por eso quiero irme...y ahora q estoy mal de salud no hay ni para que me den una pastilla para el dolor...aparte también debe de darse más importancia a nuestros dolores, dar más importancia a nuestras enfermedades acaso uno se queja de aporgusto...uno se queja porque siente dolor...”*

**E3:** *“También no hay ni medicinas para recuperarse vea Ud. señorita yo estoy mal con mi problema de la próstata ya dos años pero no pueden operarme porque no hay quien de la autorización para operarme y aparte dicen q no hay cama en el hospital que hay mucha gente, pero yo me siento mall hasta cuando voy a estar con este malestar yo ando con sonda mire usted...tengo q seguir esperando”*

**E7:** *“Cuando nos enfermamos nos llevan al hospital Goyeneche .porque yo tengo mi seguro del SIS y eso es gratis, con eso ya tengo seguro para mi muerte mi sepelio mi caja todo por eso ya no me preocupo porque nadie va a tener que gastar. Lo único que me molesta es la pierna que me duele mucho...y a veces no hay frotación...hay señoritas buenas que vienen trayéndonos cositas y a veces me traen frotación, a veces medicinas...me froto bien porque me duelo mucho...esta hinchado a ver vea parece tumor...eso pues necesito frotación...a veces me agarra fuerte me duele mucho”.*

**E8:** *“Ya estoy diecisiete años aquí y no necesito ni una pastilla ninguna medicina...no me duele nada mi cuerpo está todo sano...no me molesta no me duele nada no digo me duele este el otro no nada...”*

**E13:** *“Tenía una herida chiquita cuando llegue pero ahora Tengo una escara un hueco grande del porte de una manzana en el trasero...y con la sonda que me molesta...toda esa parte me duele; aparte que no veo bien tengo la visión bien baja porque me tenían que operar de las cataratas pero no me hecho operar y se me ha crecido y se ha abajado mucho la visión apenas veo”.*



*E16: “No me gusta que las cuidantes a veces son mujer y a veces varón...nos levantan bien temprano a las 4 de la mañana ya nos hacen sentar y levantar y uno pues se congela de frio...para que nos levantan tan temprano...peor que ni trabajamos estamos sentados helándonos de frio...por eso creo que me empezó a doler mucho la cintura y la espalda duelen las piernas, creo que es de frio, uno puede enfermarse...me quiere dar la gripe...no quiero enfermarme”.*

### **SUB-CATEGORÍA: NECESIDADES PSICOLÓGICAS**

#### **PERCEPCIÓN DE LA VEJEZ**

*E6: “Me siento bien mal llegar a esta etapa de mi vida sola y abandonada en este lugar horrible de locos...siempre pido a dios...estoy rezando todos los días...no sé porque me hace sufrir así....yo no he sido mala con nadie...yo he apoyado he dado he hecho...pero sin embargo yo sufro mucho en este lugar...antes sabia estar contenta...ahora me he vuelto de mal genio no quiero nada...sufro nomas...”*

*E7: “Bueno pues me siento mal por la edad, ya uno pierde el oído luego la vista. Ya no es como antes, ya no hay fuerza...ni quejarme puedo...de repente se enojan...”*

*E8: “...Me siento no como anciano corro bien a veces saltando, que gracias a Dios porque me da fuerzas y nada me duele...”*

*E9: "...no pensé que nunca sería así ser abuelo había sido muy feo a partir de los 80 empecé a usar pañal me hago el uno el dos. El pañal molesta ya no puedo caminar...pero sin moverme...me pongo muy nerviosa me perturba..."*

## **SUB-CATEGORÍA: NECESIDADES SOCIALES**

### **RELACIONES CON LOS DEMÁS**

*E3: "Todos aquí son locos...si no molestan están robando...son unos rateros de porquería...gente ratera y loca...no se puede dejar nada en el cuarto tengo que estar vigilando porque si no me roban mis cosas...hay un viejo ratero que nos roba a todos es un viejo ratero y loco. Mamita varias veces me ha robado por eso no puedo dejar mi bolsa... Aquí hay muchos viejos ignorantes mucha ignorancia gente con quien no se puede conversar no se puede congeniar, no hay nada nada con quien congeniar"*

*E6:"mis compañeros son loquitos ya no se puede, están acostumbrados a otras cosas no les gusta la comida,no son obedientes a las empleadas enfrentan... hasta a los otros viejitos...todo amenazan todo hacen sufrir a las empleadas...por eso quien puede aguantar..."*

*E9: "Me gustaría q me visiten mis hijos aquí estoy solo nadie me conversa naa...no se puede conversar nada solo converso a veces con la señora Fanny (técnica)...no hay con quien más conversar".*

*E10: "...yo pensaba que iba a tener con quien conversar, personas con quien compartir pero no, no se puede conversar con nadie, son locos otros ciegos ni siquiera saben dónde están parados, y ni siquiera con los que nos atienden que paran enojados son muy indiferentes..."*

*E11: "más bien no puedo hablar con mis compañeros antes tenía mi amiguito pero ya falleció con él tenía más confianza y conversábamos ..Ahora con otro compañero conversamos con Serafín, después con nadie nada te buscan todo a ver hablarías algo buscan chismes..."*

### **NECESIDAD DE ESPARCIMINETO Y RECREACIÓN**

*E1: "por ejemplo que yo haya salido a la calle tampoco no lo he hecho...que pueda salir a la calle y regresar...no nos dan esa libertad...Debería haber talleres...ambientes para hacer cosas...en cambio acá nadie hace nada se la pasan durmiendo sentados"*

*E7: "Lo que le falta a este lugar es que uno tenga libertad, que pueda salir un rato a la calle, estar un poco andándose así, pero otra cosa no le queda al doctor no quiere que salgamos porque puede pasar alguna cosa y la culpa le echan al doctor por eso estamos de acuerdo, pero igual uno se aburre debería haber algo para hacer...para aprender".*

*E8: “Acá mismo, quien pide permiso a quien dan permiso, a mí siempre me dan, yo tengo mi iglesia evangélica...cada sábado voy ahí me dan permiso dos horas nomas, a pie no más voy cerca nomas esta...iglesia victoria voy a las 9:30 dos horas nomas a la hora del almuerzo estoy acá rápido. También siempre estoy haciendo algo, limpiando la mesa, barriendo haciendo algo...para no aburrirme... yo ayudo en todo aquí limpio...”*

*E14: “La vida aquí es aburrida porque q va a ser igual que en su casa muy aburrida...no se puede escuchar mucho radio porque estoy un poco sorda. Todo está bien lo que no me gusta es que estamos encerrados aquí no hay que hacer”*

*E9: “estoy muy aburrida en este lugar no puedo caminar estoy todo el día sentada en esta silla de ruedas ya me duele tanto estar sentada...”*

## **SÍNTESIS**

De acuerdo a la categoría vivencias según sus necesidades y de sus respectivas subcategorías, los participantes convergen en que las necesidades biológicas son cubiertas de forma superficial; refieren que la alimentación no es muy buena que los alimentos no son adecuados, son duros y están fríos, indican que por el problema de falta de dentición es imposible poder comer los alimentos que les dan, resaltan que los alimentos deberían ser más blandos. En cuanto a la eliminación algunos refieren presentar constantemente malestares estomacales acompañados en ocasiones de diarreas o de estreñimiento. En lo que respecta a la vivienda refieren sentirse bien por tener un lugar donde quedarse, donde cubren sus necesidad de higiene y confort.

Cabe resaltar que existe una relación directa ente alimentación y salud. Es muy importante una nutrición bien orientada durante los años de senectud, ya que promueve y mantiene la salud, retrasa cambios en el envejecimiento, previene enfermedades y ayuda a la recuperación de las mismas. La mayoría de adultos mayores coincide en el problema de falta de piezas dentales o ausencia de estas, lo cual podría generar problemas de nutrición si no se toman las medidas necesarias en cuanto a requerimientos nutricionales.

Los entrevistados hacen referencia a la necesidad de salud, consideran que su salud se ve amenazada, ya que indican que no se brindan todos los cuidados necesarios para prevenir enfermedades o piensan que no se hace nada por aliviar sus males. Entre algunas manifestaciones encontramos la presencia de escaras, sondas vesicales, dolores musculares y articulares; hacen mención que no se les presta el cuidado oportuno a estos males.

Con respecto a las necesidades psicológicas se encuentra la percepción de la vejez, la cual es percibida por los adultos mayores de forma negativa, mencionan que es una etapa de muchos cambios, donde tienen que depender de otros, lo cual afecta su autoestima y origina un conflicto emocional.

Por ultimo las necesidades sociales donde los participantes refieren no tener medios de distracción, consideran que debería haber actividades que promuevan la recreación. Mencionan también que desean tener alguien con quien conversar, ya que es muy difícil poder socializar con el resto de sus compañeros, porque no están en condiciones de socializar: unos por el idioma, otros porque ya están desorientados, y porque piensan que no serán entendidos.

Se entiende que los adultos mayores buscan ser considerados como personas dignas, más allá de un organismo biológico; buscan cubrir

necesidades, ser entendidos, recibir trato cortés y afectuoso en la conversación y atenciones; deseando no sentirse

## **SEGUNDA CATEGORÍA DE ANÁLISIS: *PERCEPCIÓN DEL CUIDADO***

### **CONSTRUCTO TEÓRICO**

Existen múltiples connotaciones sobre el cuidado. “El cuidado significa preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, cautela, celo, responsabilidad. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención”. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”

Es necesario que el profesional de la salud brinde un cuidado solidario al usuario, ya que “en el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el profesional y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia, posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud” (BETTINELLI, L. 1998).

Debemos entonces estar conscientes de nuestra misión como miembros del equipo de salud al cuidado de los adultos mayores en esta última etapa de vida, de que nuestra acción individual tenga un efecto holográfico. Esta visión ampliada nos ayuda a percibir, a tener conciencia del uso de nuestras manos para acariciar, hacer contacto piel a piel, hacer procedimientos, ayudar al adulto mayor a levantarse. El corazón es capaz de captar esas percepciones para un cuidado digno de salud, un cuidado realizado con arte, arte expresado a través de la música, la poesía, la pintura, la escultura, el sentido del humor, el baile, y muchas otras formas de expresión artística que contribuirán a dar mayor belleza a nuestro cuidado y despertar en los adultos mayores sensaciones y emociones que contribuyan a aceptar y considerar el

cuidado como algo valioso, como un derecho, como una necesidad de crecimiento espiritual.

Consideramos que ser profesional de la salud es ser persona, sentir el calor humano de las personas, es brindar amor con nuestras manos y nuestro corazón, es comprender al adulto mayor, brindarle cariño y afecto. Es cuidar con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. Es ayudar al otro a crecer, es oírlo con atención, es mirarlo con brillo en los ojos y lograr que sus ojos también brillen. Esta es la mejor comunicación, la comunicación del alma, del corazón entre dos seres humanos.

### **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

*E1: “Hay algunos q lo tratan mal y esas cosas y como yo soy viejo y miro y yo no cometo errores entonces no me agradan cuando nos tratan mal...hay personas que nos atienden y reniegan hasta para pasarnos la comida...y eso no me gusta me molesta por eso quiero irme...eso es lo que me molesta ahora mismo...”*

*E3: “...no me gusta cómo me atienden hay mala voluntad por las personas que trabajan aquí, nos hablan feo, yo observo callado nomas, miro como atienden a otros...pero no digo naa. A veces es indignante como les gritan a algunas personas, está bien que estemos gratis, pero por eso no quiere decir q nos traten como cualquier cosa...”*

*E7: “El personal si nos trata bien si con bastante cariño...bien noma...hay que aguantar nomas...”*

*E9: “Nos tratan muy mal...nos dan de comer haayy una asquerosidad, cuando me curan y me visten...uyyy con una brutalidad... esta ropa ni es mía, tampoco mi herida no cura cada vez está más grande. A los pobres abuelos les duele algo tienen tos y el doctor no les da nada...y no hace mella de nada”.*

*E10: “Algunos son malas medias loquitas y medias tercas enojones... nos jalonean... aguantamos noma que se va a ser...nos cambian de ropa renegando...y nos llevan al comedor...deberían tratarnos mejor...y yo que soy invidente no me gusta que me jalen o me dice ya camine usted camine camine...”*

## **SÍNTESIS**

Respecto a la categoría de análisis percepción del cuidado, los participantes convergen al percibir que el cuidado brindado por el personal de salud no es bueno, expresan sentirse descontentos por la forma que son tratados se sienten indignados. Esta situación suscita malestar, descontento, frustración una serie de sentimientos negativos que van en aumento y que se aúnan a los malestares propios de la edad. Dicha malestar llega a sentirse más en aquellas personas que son dependientes, las cuales necesitan ayuda para movilizarse, cambios de pañal o que se encuentran limitados de alguna otra forma.

De las manifestaciones de los participantes se puede inferir que resaltan la importancia del comportamiento oportuno en la atención, de acuerdo a sus necesidades; lo cual indica el valor que tiene para los participantes que el personal de salud, y sobre todo el de enfermería, posean conocimientos que favorezcan el cuidado; donde se priorice a la persona, respetando sus decisiones e intimidad, su calidad de persona, logrando hacerlos sentir únicos y satisfechos por el respeto brindado a



su intimidad, su calidad de adulto mayor agobiado por los malestares propios de la edad.

Se puede inferir por lo manifestado que requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. Consideran que los profesionales de salud requieren de sensibilización hacia el aspecto humano. Donde la relación de cuidado genere en ellos sentimientos positivos tales como sentirse apoyados, acogidos, acompañados, informados, recibir calor humano y cariño estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como humano.

El trabajo de los cuidadores requiere de esfuerzo físico y psicológico, sobre todo de paciencia ya que se trata de relacionarse con diferentes adultos, diferentes personalidades e historias de vida quienes luego de un largo período de permanencia en dichos lugares rutinizan su comportamiento, pudiendo entonces deteriorarse las relaciones con el personal.

Otra parte de los entrevistados considera que el cuidado que reciben si es bueno y que llega a cubrir sus necesidades básicas. Aseveran que no necesitan mucho cuidado, pues aún son independientes y pueden aun valerse por sí mismos. Situación muy contradictoria con los que ya tienen un grado de dependencia.

## **TERCERA CATEGORÍA DE ANÁLISIS: SENTIMIENTOS QUE ACOMPAÑAN A LA VIVENCIA**

### **SUBCATEGORÍAS:**

- Sentimientos de Cólera
- Sentimientos de tristeza
- Sentimientos de alegría
- Sentimientos de resignación
- Sentimientos de ansiedad y depresión
- Sentimientos de soledad y abandono

### **CONSTRUCTO TEÓRICO**

Resulta difícil definir el sentimiento de “ser mayor”, o incluso este hecho personal, con criterios objetivos, ya que una serie de cambios físicos, sociales y emocionales se producen en ellos. El desgaste natural de los años empieza a actuar sobre su cuerpo influyendo en sus sentimientos.

Los procesos biológicos y las concepciones sociales sobre la vejez van tomando cuerpo, aunque con notables diferencias individuales: las pequeñas discapacidades físicas, la jubilación, la menopausia, la emancipación de los hijos, la pérdida de presencia e influencia social, el internarse en instituciones de cuidado, etc., son diferentes fenómenos de estos procesos. Perder alguna cosa parece que está en la base del inicio de la vejez. Podríamos argumentar que también, en otras etapas de la vida se pierden cosas; sin embargo los finales, las pérdidas en la vejez, pueden ser vividas, y a veces lo son, como algo que no va a poder recuperarse más, compensarse o suplirse.

De la capacidad de compensar, suplir, conservar o recordar, ya sea en el plano real o en el plano psíquico, lo que hemos sido, va a depender en parte las vivencias de esta etapa; de cómo afrontamos las pérdidas y

también de si sabemos afrontar el futuro y seguir creciendo como personas.

Todos conocemos a personas que llevan mejor el envejecimiento y otras que no. Incluso hay personas que teniendo una edad avanzada dicen sentirse estupendamente bien; suelen explicitarlo haciendo referencia al espíritu joven. Viejos jóvenes, envejecer con éxito, viejos sabios, vejez saludable, por una parte y vivencias catastróficas, negación de la vejez, envejecimiento patológico, sentimientos negativos por otra; son múltiples las formulaciones acerca de estos procesos en diferentes sentidos.

Llegar a la tercera edad puede verse afectada el resquebrajamiento de la comunicación familiar y el hecho de terminar sus días abandonados en una institución. Los lazos afectivos pueden romperse cortando toda interacción, y los sentimientos del adulto mayor versen vulnerados. Esto puede llevarlos a una profunda depresión, y en consecuencia ver afectada su salud. Empiezan a comportarse como niños, a sentirse incomprendidos, volverse intolerantes a los ruidos, a ciertas comidas, etc. y eso, de una u otra forma termina por aislarlos

## **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

### **SUB-CATEGORÍAS**

#### **SENTIMIENTOS DE COLERA**

*E1: “Siento cólera quiero irme pero me dicen a donde voy a ir...donde voy a comer, donde voy a dormir, donde vas a descansar,...y eso...eso es también porque me resistía y, me pongo a pensar que voy a hacer podre trabajar?, me darán trabajo?...si tuviera donde trabajar sería diferente, no necesitaría de este lugar... Me molesta y bien molesto estoy por esta gente con la que vivo aquí no tienen ni educación...quiero irme...no hay con quien conversar, si no que la necesidad hace que yo tenga que soportar todas estas cosas”.*

*E7: “estoy molesta porque hay un hombrecito que le gusta agarrar las cosas de otros...la señorita enfermera ya se dio cuenta y le quita lo que se ha sacado pero el sigue haciendo eso...a mí también se me perdieron varias cositas...pancito, Kolinós, jaboncillo, varias cosas”*

*E9: “lo que me tiene enojada es porque estoy encerrada me levantan y me acuestan con brutalidad deben ser más delicadas, más suaves, más dulces, que me den más cariño, mas amor”.*

*E10: “Hay veces que da cólera cuando nos roban cualquier cosita no podemos tener...en la noche roban, hay gente que mira y se acostumbra en las noches levantar, cuando uno está durmiendo buscan bolsillos, nuestras cosas, cuando cogemos sueño, no podemos tener plata...me han robado ropas, casacas, chompas, las jalan se las llevan y para reclamar quien va a decir que yo he llevado”*

### **SENTIMIENTOS DE TRISTEZA**

*E1: “...también hay tristeza, pero no hay alegría, hay que pensar que desde que uno se levanta todos están serios enojados y yo pienso solo que ellos también están enojados porque no tienen con quien reírse, viven enojados...he intentado conversar un par de veces”*

*E3: “y cada uno pues sufre dentro de uno mismo claro que uno se siente triste de llegar a esta edad y terminar en un lugar que no es su casa, y estar solo, sin familia....es bien desesperante”.*

*E4: “al estar aburrida me siento triste...siento pena angustia ganas de llorar tristeza...aunque a veces viene mi hijo pero no es lo mismo”*

*E6: “Aquí la vida es muy triste... todo es sufrimiento...todo es dolor...todo es penas...”*

*E9: “Me siento triste tétrica abandonada...no estoy alegre, todo el tiempo amargada por vivir acá...me gustaría estar en otro lado que me trate mejor...ya no pienso en nada trato de no pensar en nada ..”*

### **SENTIMIENTOS DE ALEGRÍA**

*E7: “Tengo que estar alegre noma a veces vienen a tocar guitarra, nos hacen bailar yo ya no puedo bailar pero me gusta mirar tonces cantamos...no me siento triste...hay que estar alegrito, que podemos hacer”*

*E8: “Me siento feliz porque varios practicantes vienen...a vernos como usted nos traen cositas comida que más puedo pedir no me falta nada. Me quede y tengo todo acá estoy tranquilo ayudando a los ancianos como dios dice acá yo no he venido para que me sirvan sino para servir..”*

## **SENTIMIENTOS DE RESIGNACIÓN**

*E2: “No siento nada, tranquilo noma andando por aquí por allá...ayudando. Me tratan bien noma, porque yo no doy problemas”.*

*E3: “Bueno no es lo que uno tiene pensado pues... nadie se imagina terminar sus días encerrado con gente así como la que está aquí. Pero cuando uno no tiene a nadie para que lo apoyen pues uno tiene que aguantarse; pues uno ya vivió hartó y ya no queda nada más por hacer, ni por aprender, solo esperar nuestra hora”.*

*E4: Aunque no me guste tengo que vivir aquí, porque no tengo casa, tengo que acostumbrarme pues...que voy a hacer.”*

## **SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y ABANDONO**

*E3: “me siento muy solo aquí, solo hay grupos parroquiales que son los únicos que vienen a alegrarnos la vida, es lo único que andamos esperando, vienen nos tren cosas ricas...a veces cantan, conversan con nosotros, nos hacen sentir bien, pero eso solo es a ratos, después no hay nada todo regresa a la normalidad a la soledad”.*

*E4: “Me siento mal de haber dejado mi negocio a mi hijo me da pena tristeza que ni me visiten aparte de todo lo que hice ...eso me da mucha pena que no reconozcan que me dejen aquí abandonada y sola”.*

*E6: “mis hermanas ni preguntan por mí...si estoy bien o mal...no vienen a visitarme...me han dejado aquí abandonada”*

*E9: "Todo el tiempo en la silla me siento sola abandonada abatida..."*

*E11: "Ya no vienen a visitarme ni mis hijos nadie ya se olvidaron de mí me han abandonado ya estoy un año...y no vienen a visitarme los extraño".*

### **SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

*E1: "Señorita yo quisiera a ratos tomarme una pastilla para morirme, porque la vida ya...ya lo cansa a uno...ya no hay un motivo. Me siento perturbado porque hay otros que tienen un montón de problemas, y aun así viven mejor, hay otros que han peleado, que se han hecho muchas cosas, y no les afecta en nada...y yo que no he robado, que no he hecho nada de esas cosas,...no tengo eso, es lo que me desespera".*

*E9: "tengo nervios...temor...porque estoy con los nervios...porque no me gusta la maneras que las señoras traten mal a las otras abuelas...ahora dicen que yo las arañó les pego cuando duermo...si me pongo nerviosa pero de desesperación de estar aquí".*

### **SINTESIS**

Con respecto a la categoría sentimientos que acompañan la vivencia y sus correspondientes sub-categorías, se identificó que los adultos mayores durante su estancia en el asilo experimentan frecuentemente sentimientos de tristeza; varios entrevistados manifestaron sentirse tristes por llegar a la etapa de la vejez y sentirse solos, sin familia, siendo olvidados, y terminar sus días en un asilo.

Por otro lado algunos entrevistados manifestaron sentir alegría, ya por el solo hecho de ser visitados por personas extrañas o ajenas a ellos, y que muestran interés sobre sus necesidades llevándoles un poco de distracción, alegría manifestada por el hecho de sentirse recordados y sentir que aún hay alguien que se interesa por ellos y sobre tener un momento en sus largos días de soledad para conversar con alguien y poder expresar todas sus experiencias y vivencias por el transcurso de sus años. Personas que tratan de cubrir algunas necesidades llevándoles un poco de distracción un poco ayuda en cuanto ha vestido, higiene y en ocasiones alimento. Otros entrevistados expresan sentir alegría porque no les falta nada material ya que la institución cubre sus necesidades básicas como alimento, vivienda.

Otro de los sentimientos encontrados es la cólera, como consecuencia de encontrarse limitado en sus actividades y no poder valerse por sí mismos y pasar a ser dependientes; cólera por sentirse encerrados, en algunos casos en contra a su voluntad, y sobre todo de tener que convivir con personas ajenas y desconocidas con quienes no logran mantener un vínculo de socialización porque algunos de ellos presentan ya discapacidades cognitivas y aunado al hecho que se desaparecen mucho sus pertenencias. Así también se encuentra manifestaciones reincidentes de molestia en cuanto al cuidado recibido, expresan sentirse disgustados por no ser tratados como ellos quieren, sienten que falta un poco más de cariño.

Los participantes convergen en sentimientos de resignación y conformismo al vivir en el asilo, resignación de no tener a nadie y de no tener a sus familias, algunos resignados de vivir encerrados y conformarse porque al menos tienen un lugar donde vivir.

Puede percibirse también en la mayoría de los entrevistados sentimientos de soledad y abandono, a consecuencia de estar solos no tener con quien socializar, por no contar con la presencia de sus



familias, por no ser reconocidos y sentirse olvidados. Estos sentimientos en algunas ocasiones generan sentimientos de ansiedad y depresión por sentirse reprimidos y perturbados al no tener lo que anhelan.

## **CUARTA CATEGORÍA DE ANÁLISIS: MOTIVACIONES**

### **CONSTRUCTO TEÓRICO**

El ocio y la recreación, en el adulto mayor, han de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación en la tercera edad, nos llevaría a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Los adultos mayores que tienen algún tipo de motivación, de cualquier índole, son capaces de sobrellevar su envejecimiento de una manera que le permita disfrutarlo. El hecho de tener un motivo o razón por el cual seguir viviendo de una manera saludable, justifica que en todas y cada una de las actividades que el adulto mayor realiza, sean gratas para ellos.

Los aspectos que motivan al adulto mayor son en primer término, la actividad, seguir trabajando, la fe, la esperanza, la familia, el creer en Dios, tener un hobby

### **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

*E1: "Umh no sé nada no tengo ninguna motivación, por eso quiero irme, ya me aburrí de estar aquí."*

*E2: "Nada...mi única motivación es solo la esperanza de volver a ver a mis hijos...decirles que los extraño."*

*E3: “señorita solo queda esperar lo que el Señor decida y esperar hasta que el decida llevarnos de este mundo...creo que para alguien que ya no tiene a nadie en su vida ya no hay motivaciones...solo confiar en Dios.*

## **SÍNTESIS**

De acuerdo a la categoría de análisis motivaciones, los participantes manifestaron en su mayoría no tener motivaciones. Sienten que al llegar a su edad y al estar internados ya no hay una motivación, solo les queda resignarse y esperar el fin de sus días.

Por otro lado hay participantes que refieren que su motivación es volver a ver a su familia, sentir su apoyo y sentirse queridos. Aunados a ello están sus creencias religiosas, la fe en Dios, quien es el único motivo que tienen para aferrarse a la vida, y continuar sus días

## **CONSTRUCTO TEÓRICO**

Investigaciones modernas avalan que la religiosidad y la fe alargan la vida. Los que rezan plegarias aumentan su esperanza de vida. Viven con más calidad de vida, con más salud, con más bienestar personal que los agnósticos y los ateos. Existe una evidencia científica que relaciona la fe con la salud. A más fe, más salud. La oración tiene poder curativo.

Las personas religiosas tienen más recursos para superar situaciones difíciles en la vida. La fe y las creencias religiosas ayudan a controlar el estrés y las depresiones.

Algunas investigaciones recientes llegan a concluir que tener fe y mantener una actividad religiosa en general alargan la vida entre tres y cinco años de media. Se comprueba que las personas religiosas y espirituales tienen un estilo de vida más equilibrado y armónico, se cuidan más y tienen menos conductas de riesgo.

Los adultos mayores que tienen arraigadas la fe y la religión tienen una actitud más positiva y resolutiva ante las enfermedades y la propia muerte. En definitiva las personas creyentes y religiosas experimentan una mejor salud física y psíquica y se adaptan mejor a las circunstancias y al entorno.

### **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

*E8: “Por eso yo digo no confié de los hombres sino de Dios...no hago mal los empleados no me dicen nada. Ahora pienso hasta cuando viviré hasta 100 años yo espero la voluntad de Dios...Cuando me descansare?, como Dios me dice como polvo fuimos creados entonces como imagen tengo que pensar, no siendo carga, no tengo que discutir de que sirve pelear tengo que cumplir el mandamiento de Dios tengo que hacer caso. Mi espíritu bien alimentado así estoy bien el cuerpo no sirve primero es el espíritu”.*

*E15: si no creyera en Dios que haría señorita...no podría aguantar todo esto...siempre pido para poder aguantar la voluntad del Señor...que calme mis dolores...y que pronto pueda descansar en paz.*

*E13: Dios es mi único apoyo...es el único que me acompaña en mi soledad...siempre estoy rezando y pidiendo para que las cosas sean mejores nomas.*

### **SÍNTESIS**

De acuerdo a la categoría de análisis fe y creencias los participantes manifiestan tener fe y creer en Dios, refieren que es su motivo y esperanza en el transcurso de sus días internados

Las personas mayores que son religiosos, que recurren a la oración ante las situaciones difíciles de su vida, tiñendo de espiritualidad su vida personal, manifiestan que así reducen problemas de soledad, de dudas e incertidumbres, de estrés, de enfermedades y achaques propios de la edad avanzada. Consiguen que su sistema inmunológico no se deprima y que puedan afrontar las situaciones difíciles con equilibrio, cierto optimismo, esperanza y serenidad.

## **SEXTA CATEGORÍA DE ANÁLISIS: PERCEPCIÓN DEL ASILO**

### **CONSTRUCTO TEÓRICO**

El ingreso en instituciones del adulto mayor acarrea una serie de consideraciones, este proceso viene determinado por la necesidad del cuidado profesional, acompañado de diversos factores socio-sanitarios. El momento del ingreso en una institución suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del adulto mayor.

En este proceso van a interactuar el personal institucional y la persona mayor acompañada por su familia (si la tuviese). Aunque se produzca “el desapego” del medio familiar no se produce una ruptura con el medio familiar. Un elemento importante a considerar es la relación entre el futuro interno y su familia. Pero cabe mencionar que en algunas circunstancias el adulto es olvidado y abandonado y conllevan efectos negativos importantes en la percepción socio cognitiva respecto a los centros, a los mayores y a los cuidadores.

La creación de los asilos de ancianos tiene como misión el entregar a la familia una ayuda integral con aquellos adultos mayores que no pueden recibir los cuidados demandados en sus hogares, debido a la complejidad de sus patologías, así como de la falta de tiempo de los integrantes del grupo familiar. Sin embargo, esta “intención” de los hogares de ancianos es algo del pasado, o que involucra a un número

reducido de casos. Hoy en día encontramos asilos de ancianos llenos de adultos mayores que no han visto a su familia en meses, años, o incluso desde el mismo momento que fueron ingresados al recinto. No reciben apoyo, cariño ni preocupación por parte de su familia, volviendo sinónimo la palabra asilo de ancianos con abandono y morir en soledad.

No todos los adultos mayores están en las mismas condiciones respecto a la capacidad para satisfacer las necesidades propias de su ciclo vital esto debido a que por distintas circunstancias hay grupos de ancianos mayormente vulnerados y posiblemente en desventaja si se compara con otros pares del mismo grupo etáreo.

#### **TESTIMONIOS VIVENCIALES**

*E6: “Vivir en este lugar es una tortura...encerrados como prisioneros con tanto loco...hay una loca que me molesta mucho ...mira para ves a esa loca ...ella mamita no dejes que venga a molestarme...siempre viene a jalarme ...me molesta ...yo no quiero que me moleste...deben votarla a esa loca. No me gusta este lugar no hacemos nada debería de haber algo para hacer”*

*E9:“No hay nada nada que me guste nada nada nada de este lugar...solo me gusta las visitas a veces vienen mis amigas, o también cuando vienen otras señoritas a traernos comida. Me gusta que me visiten”*

*E10: “Me dijeron que viniera aquí que no me iba a faltar nada, que iba a estar tranquilo...yo creía que era cierto pero no me dijeron que habían locos...no sabía eso...yo pensaba que todas las gentes eran buenos...así señorita, me engañaron...me trajeron con engaños”.*

*E13: “me hubiera gustado de repente en otro lugar sería diferente con más preferencias de otra clase...en otro lugar como este asilo y pienso q debe haber más respeto...y por eso todos nos tenemos que respetar...me gustaría conseguirme un sitiecito así pero mejor... yo me porto bien”*

*E15: “Este albergue es chiquito pero es un infierno a nadie recomendaría venir...si alguien me pregunto diría que es malo”*

## **SÍNTESIS**

Respecto a la categoría de análisis percepción del asilo los participantes refieren una opinión negativa del asilo. Manifiestan que les desagrada la compañía de otros adultos mayores por tener un estado cognitivo deteriorado, ya que algunas veces seproducen conflictos entre ellos, lo cual es comprensible ya que seencuentran conviviendo diariamente y donde cada uno de ellos tiene suparticularidad.

Otro aspecto que mencionan como aspecto negativo es lo referente ala monotonía del diario vivir y al control que se ejerce sobre ellos, lo queprovoca su rechazo, ya que no se sienten con libertad para salir solos porejemplo, fuera del asilo. Solamente lo pueden hacer con laspersonas que al momento de ingresar a los establecimientos se hacenresponsables de su cuidado. Esto último, si bien puede ser comprensible,dada la responsabilidad que tienen las personas a su

cuidado, ciertamente los adultos mayores resultan violentados en su autonomía, especialmente si éstos son en su mayoría valientes y de edades no tan avanzadas, resultando por lo mismo infantilizados y desvalorizados en sus capacidades

El resto de los entrevistados refieren que debería haber diferentes tipos de actividades, ya que declaran estar aburridos; también plantean la necesidad de mejorar la convivencia entre los residentes de tal manera que no se produzcan altercados entre ellos y mejorar la relación entre residentes y cuidadores.







## **CAPITULO V**

### **RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo describir las vivencias de adultos mayores internados en el asilo “El buen Jesús” de la provincia de Arequipa 2013. Es un estudio cualitativo con enfoque de análisis de contenido. La población estuvo constituida por los adultos mayores internados en el asilo el Buen Jesús. La muestra se saturó con 16 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y que dieron su consentimiento informado. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista a profundidad y como instrumento la guía temática.

Se encontraron como principales resultados que fueron entrevistados 12 varones y 4 mujeres, la mayoría con edades de 71 a 80 años. El 93.75% tiene estudios primarios y el 37.5% es soltero. También convergieron seis categorías de análisis: Vivencias según sus necesidades: biológicas, psicológicas y sociales; Percepción del cuidado, Sentimientos de tristeza, cólera, alegría, soledad, depresión; motivaciones; Fe creencias religiosas y Percepción del asilo.

## **B. CONCLUSIONES**

**PRIMERA** Los adultos mayores en estudio fueron 12 varones y 4 mujeres la mayoría con edades de 71 a 80 años. El 93.75% tiene estudios primarios. El 37.5% es soltero. Se trata de personas ancianas pobres y no pobres, dependientes o independientes económicamente que requieren un lugar, distinto de su casa, para vivir. En general, tienen en común, independiente de su condición social, que son carentes de protección familiar o que por el grado de invalidez al que han llegado, sus familias no cuentan con los recursos técnicos ni materiales para socorrerlos.

**SEGUNDA** Al explorar las vivencias de los adultos mayores internados perciben que sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales no son satisfechas; originando una percepción negativa de la vejez, baja autoestima; sentirse incapaces al no poder auto cuidarse y no poder responder a las necesidades que tienen día a día. Y peor aún percibir que las relaciones sociales con el resto de internos y cuidadores es negativa lo cual genera aislamiento y rechazo de nuevos contactos sociales.

**TERCERA** Los adultos mayores valoran los cuidados ofrecidos por el personal de salud y son conscientes de la atención recibida, sin embargo reclaman: mayor sensibilidad para la

comunicación, respeto a su intimidad, autonomía, dignidad y trato humanizado de los profesionales de salud. Esta divergencia origina sentimientos de tristeza, cólera, resignación, soledad, abandono, ansiedad y depresión al tener que adaptarse a situaciones que les desagradan, afrontar la vejez, la dependencia y sentir que no tienen el apoyo deseado.

**CUARTA** De las manifestaciones de la población en estudio expresan que el poder volver a ver a sus familias, la creencia en Dios, y la fe se constituye como su única motivación y sostén, la cual ayuda a soportar las distintas situaciones que van experimentando.

**QUINTA** Los adultos mayores convergen que, en el asilo no se dan actividades para su esparcimiento y recreación, refieren sentirse frustrados al estar internados sin poder salir del lugar y tener que seguir con la monotonía diaria.

### **C. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA:** Se recomienda que se realicen más estudios de investigación similares, tomando en cuenta otros asilos o el mismo, a fin de dar soluciones a la gran problemática que se genera en esta etapa de vida del adulto mayor al estar internado en un asilo.

**SEGUNDA:** Se recomienda la coordinación con la Universidad Nacional de San Agustín, a fin de realizar extensión universitaria con escuelas profesionales relacionadas a la salud como medicina, enfermería, psicología, nutrición, sociología entre otras, con el objeto de ayudar a atender las necesidades de los adultos mayores, y de esta forma brindar un servicio real, asumiendo la responsabilidad de ejecutar acciones que demuestren el cuidado competente, humano de la vida y brindar una calidad de vida digna a los adultos mayores.

**TERCERA:** Se recomienda realizar programas de sensibilización para los profesionales de salud. Promover el trabajo multidisciplinario y el trabajo en equipo. Preservar la integridad del adulto mayor, promover mejores vínculos de personal y adulto mayor, con el fin de que el personal tenga las suficientes herramientas físicas y emocionales para que se conjugue la salud integral de ellos con la prevención y tratamiento de la salud de los adultos mayores en un marco de armonía y seguridad para ambos.

**CUARTA:** Considerar y analizar las percepciones de los adultos mayores internos, que favorezcan a tomar una actitud crítica por los profesionales, en la generación y fomento de actividades de recreación y esparcimiento, para que de esta manera ellos puedan tener experiencias fructíferas que aseguren una interiorización positiva de dichas experiencias.

**QUINTA:** Se recomienda al profesional de enfermería gerenciar el cuidado de los adultos mayores, considerando los valores actitudes, conocimientos y ejerciendo un liderazgo comprensivo, motivador para con el personal de enfermería, hacia la mejora del cuidado, coordinando todos los recursos a través del proceso de planeamiento y, organización, en el cual podrá delegar actividades y ser agentes multiplicadores de conocimiento; todo ello con el objeto de realizar acciones que respondan a las necesidades particulares de los adultos mayores otorgando un cuidado individualizado ayudando de esta forma a incrementar el bienestar del adulto mayor.

## **BIBLIOGRAFIA**

**BAZO, M. y cols. (2002).** “Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional”. Editorial panamericana. España.

**BUENDÍA, J. (1997).** “Gerontología y Salud”. Editorial Biblioteca Nueva.

**BURKE, MARY y WALCH J. (1998).** “Enfermería Gerontológica: Cuidados Integrales del adulto mayor”. Editorial Harcourt Brace S.A.

**CANALES, F. y cols. (1994).** “Metodología de la Investigación”. Segunda Edición. Serie Paltex Organización Panamericana de la Salud. México.

**CARRASCO, R. (1998).** “El arte de envejecer” versión española del Whoqol. España.

**ECHEVERRI, A. (1994).** “Familia y vejez: realidad y perspectivas en Colombia”. Segunda edición. Ediciones del común. Colombia

**FERICGLA, J. (1994).** “Envejecer: Una antropología de la ancianidad”. Editorial Herder. Barcelona, España.

**FERNÁNDEZ, R. (2009).** Psicología de la vejez. España.

**GAMARRA, P. (2001).** “Cambios físico y psicosociales del envejecimiento”. España

**GAMPER, D. (2003).** “Gramática de los sentimientos: lo emocional como fundamento de la ética”. España.

**GARCÍA, M. y cols. (2000).** “Enfermería Geriátrica”. Segunda edición. España

**GONZALES, J. (2010).** “Teorías Del Envejecimiento”. Venezuela.

**GONZALES, A. (1998).**“Elpaciente de edad avanzada: un paciente diferente”. México.

**GUERRERO, E. HERNÁNDEZ, G. RODRÍGUEZ, A. (1999).**“Tallerde capacitación para la atención de necesidadesbásicas del adulto mayor, dirigido al personaly familia Hogar de Ancianos Alfredo y DeliaGonzález Flores”. Escuela de enfermería. Facultad de Medicina. Universidad deCosta Rica.

**GUTIÉRREZ, J. (2010).**Envejecimiento humano. Una visióntransdisciplinaria. México

**HERNÁNDEZ, S. y Cols. (2009).** “Metodología de la Investigación”. Quinta Edición. Editorial Mc Graw Hill/Interamericana. México.

**Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, (2008). (Internet).** España. Disponible desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>. (Accesado el 22 de setiembre 2013)

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2002).** “Perú; Estimaciones y Proyecciones de población total, urbana y rural por años calendario y edades simples”.

**KANE, R. y cols. (1997).** “Geriatría clínica”. Cuarta edición. Ediciones McGraw-Hill. México.

**LEHR, U. y THOMAS, E. (2003).**“Psicología de la senectud. Proceso yAprendizaje del envejecimiento”. México

**LOZANO, A. (1997).** “Introducción a la geriatría”. México.

**MARRINER, M. y RAYLE, M.(2003).** “Modelos y teorías en enfermería”. Quinta edición. Editorial Elsevier. España.

**MEDINA, J. (1997).**“El Reloj de la Edad”. Barcelona

**MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (2013).** “Plan nacional para las personas adultas mayores”. Perú.

**MORAGAS, R. (1999).** “Gerontología social: Envejecimiento y calidad de vida”. Segunda edición. España.

**MORRISON, M. (1999)** “Fundamentos de Enfermería en salud mental”. Editorial Harcout Brace S. España.

**OSWALDO P., VEGA E. (1996).** ”Temas de gerontología”

**PALACIOS, M. (2001).** Envejecimiento exitoso en adultos mayores de 70 años del centro diurno de Cartago. Universidad de Costa Rica.

**PAPALIA, D. y HARVEY, L. (2009).** “Desarrollo del adulto y la vejez”. Tercera Edición. México.

**PEREZ, L. (1997).** “Las necesidades de las personas mayores, vejez, economía y sociedad”. España.

**POLO, L. (1998).** “Los Sentimientos Humanos”. Perú.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. (2002)** “Manual de Geriátrica”. Enfermería Geriátrica.

**RABADE, D. (1985).** “Experiencias”

**RAMOS, J. (2009).**“El abandono y la vejez: un estudio de representacionessociales en personas mayores de 60 años de la ciudad deMorelia”. México.

**ROBERT, L. y cols.(2001).** “Geriatría Clínica”. Editorial McGraw-Hill. México.

**STANLEY, M. (2009).** “Enfermería Geriátrica”, Editorial Mc Graw Hill. España.

**STELLA, F. (1998).** “Plenitud después de los 60: Proyecto de toda una vida”.

**STUART, I. (2002).**“Psicología del envejecimiento”.Editorial Morata. España.

**TORRES, L. y VILLA, J. (2010).** “Consideraciones sobre el envejecimiento, género y salud”. México

**TREVIÑO, S., PELCASTRE, B. y MÁRQUEZ, M. (2006).**“Experiencias de envejecimiento en el México rural”. RevistaSalud Pública de México.

**VILLA, M. (2000).** “El Proceso de Envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una Expresión de la Transición Demográfico”.

**WALDOW, V. (1998).** “Cuidado Humano”. Editorial Sagra Luzzatto. Brasil.

**YAGUAS, S y cols. (1998).** «Aspectos psicológicos del envejecimiento». Terapia ocupacional en geriatría; principios y prácticas. Editorial Masson. España.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**ALONSO L. y COLS. (2009)** “Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del hogar geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla”. (Internet). Colombia. Disponible desde: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81719006007>. (Accesado 6 de agosto del 2012).

**BELKIS B. Y COLS. (2009)**. “Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados”. (Internet). España. Disponible desde: [www.sld.cu/revistas/enf/vol18\\_2\\_02/enf08202.pdf](http://www.sld.cu/revistas/enf/vol18_2_02/enf08202.pdf). (Accesado el 5 noviembre del 2011).

**BECERRA D. (2007)**. “Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo”. (Internet). España. Disponible desde: <http://cienciaysalud.curn.edu.co/revistas/cienciaysalud/images/stories>. (Accesado el 18 de octubre del 2012).

**CASTILLA, C. (2.000)**. “Teoría de los sentimientos”. Editorial Tusquets. España.

**CHAKIEL, L. (2000)**. “El envejecimiento de la población latinoamericana”. Chile

**GOFFMAN, E. (1961)**. “Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos”

**LEITON, Z. y ORDOÑEZ, Y. (2003)**. “Autocuidado de la salud para el adulto mayor”. Perú

**MORAGAS, E. (1991)**. “Teorías Biológicas Del Envejecimiento”

**POCHINTESTA P. (2001)** “Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte.(Internet). España. Disponible

desde:[http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula\\_pochintesta.pdf](http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula_pochintesta.pdf). (Accesado el 13 de marzo del 2013).

**RODRIGUES, A. y COLS (2007).** Vivencia de un grupo jubilado-anciano".(Internet). Brasil. Disponible desde:<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>. (Accesado 24 de junio del 2012)

**ROLDAN, V. (2008).** "Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad Hermanitas Descalzas 2007". (Internet). Perú. Disponible desde:[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/roldan\\_ma/pdf/roldan\\_ma.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/roldan_ma/pdf/roldan_ma.pdf)(Accesado 15 de junio del 2012).

**SOJO, B. Y COTO, E. (2011).** "Vivencias del adulto mayor en la práctica de actividades acuáticas. Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica".(Internet).Disponible desde:<http://www.intersedes.ucr.ac.cr/ojs/index.php/intersedes/article/view/31> (Accesado el 19 de julio del 2012).

**VARELA, A. (2008).** "Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores".(Internet). Colombia.Disponible desde:<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n1/v26n1a04.pdf>. (Accesado el 9 de marzo del 2013).



**ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN FACULTAD DE ENFERMERÍA



#### **INFORMACIÓN PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con previo saludo me dirijo a usted, soy egresada de la Facultad De Enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín, quien con el fin de obtener el título profesional de enfermera, realizo una investigación para conocer como vivencian y experimentan las personas adultas mayores como usted el hecho de estar internados en un asilo; con el objetivo de hacer las recomendaciones necesarias, a efecto de que el cuidado que usted reciba en estas instituciones pueda ser mejorado, según las necesidades que tenga.

Investigación para la que pido su colaboración, la cual consistiría en responder algunas preguntas sobre sus datos personales como son: su edad, estado civil, grado de instrucción, y luego tener una conversación profunda y muy amical, donde cuente como es su vida y lo que usted siente estando internado en esta institución.

La información que usted brinde es estrictamente confidencial, es entre usted y yo, dicha información solo será utilizada para fines de la investigación. Su participación es totalmente anónima, por lo que usted no necesita dar su nombre, y para tener mayor libertad usted puede utilizar un pseudónimo. La conversación durara aproximadamente 45 minutos, la cual tendría que ser grabada para no perder la riqueza de lo que usted manifieste y así poder dialogar con tranquilidad, aclarando que esta información grabada será destruida al término de la investigación.

Su participación en el proyecto es voluntaria, por lo que tiene el derecho de aceptar o rechazar participar en la investigación, y si en algún momento desea retirarse de la investigación puede hacerlo, sin que esta negativa tenga algún perjuicio contra su persona. Así también tiene derecho a realizar todas las preguntas o inquietudes que tenga sobre la investigación.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con  
DNI,..... por el presente manifiesto haber recibido información suficiente sobre la investigación “Vivencias del adulto mayor internado en el asilo “Buen Jesús” Arequipa - 2013” para la cual se me ha pedido mi participación. He formulado las preguntas que he considerado necesarias y he recibido para ellas una respuesta satisfactoria.

De la información recibida he comprendido que:

- Que esta investigación tiene por objetivo conocer las vivencias y experiencias de adultos mayores internados en el asilo El Buen Jesús, y que dicha investigación servirá para realizar recomendaciones sobre el cuidado recibido a fin de que sea el que necesitamos.
- Que mi participación consistirá en responder preguntas sobre datos personales y tener una conversación a profundidad sobre mi experiencia de estar internado en este asilo.
- Que la información que yo proporcione será confidencial y solo será usada para fines de la investigación y, que la información grabada será destruida al término de la investigación.
- Que tengo derecho de aceptar o no aceptar participar en esta investigación, sin que esto tenga repercusiones sobre mi persona o sobre mi estancia en esta institución y, que en caso de aceptar puedo retirarme en cualquier momento de la investigación si es que lo deseo.

Por lo dicho es que **voluntariamente** decido participar de la investigación, en fe de lo cual firmo el presente documento.

Arequipa.....del 2013

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

## ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Nro. De Entrevista: \_\_\_\_

**VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR INTERNADO EN ASILO EL BUEN  
JESÚS AREQUIPA 2013**

**GUÍA DE ENTREVISTA**

**A. DATOS GENERALES**

**1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS:...**

**2. SEXO: F ( ) M ( )**

**3. ESTADO CIVIL**

- ( ) Soltero ( ) Casado  
( ) Viudo ( ) Divorciado  
( ) Conviviente

**4. GRADO DE INSTRUCCIÓN**

- ( ) Analfabeto  
( ) Primaria  
( ) Secundaria  
( ) Superior

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD**

**OBJETIVO**

Obtener información acerca del fenómeno estudiado “Vivencias del Adultomayor internado en el asilo el Buen Jesús Arequipa 2013”.

**Presentación**

En esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación titulado “Vivencias del Adultomayor internado en el asilo el Buen Jesús Arequipa 2013”, para lo cual necesito su colaboración respondiendo algunas preguntas respecto a ese tema. La entrevista que le voy a realizar será grabada si es que usted lo permite, ello es solo para poder obtener toda la información que usted indique. No se preocupe por revelar sus datos personales ya que no serán colocados.

- “¿Podría relatarme como es su rutina en el asilo?”
- “¿Cómo percibe usted la vida en el asilo?”
- “¿Qué siente al vivir en un asilo?”
- “¿Cómo es la relación con sus compañeros y sus cuidadores?”
- “¿Actualmente, qué es lo que más lo motiva en la vida?”
- “¿Qué siente al ser una persona adulta mayor?”