



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**VIVENCIAS DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE LA
ASOCIACIÓN COMUNITARIA DE LA URBANIZACIÓN SANTA
ISABEL – CARABAYLLO 2014**

PRESENTADO POR

**HERNÁNDEZ GUTIERREZ, AZUCENA JACKELINE
MELITÓN VARGAS, ISABEL SOFÍA**

ASESOR

TUSE MEDINA, ROSA CASIMIRA

Los Olivos, 2016



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DEL AUTOCUIDADO DEL
ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN
COMUNITARIA DE LA URBANIZACIÓN
SANTA ISABEL - CARABAYLLO 2014**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR:
Hernández Gutierrez, Azucena Jackeline
Melitón Vargas, Isabel Sofía**

**Lima-Perú
2016**

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Hernán Hugo Matta Solís
Presidente

Doris Mellina Alvines Fernández
Secretaria

Pérez Siguas Rosa Eva
Vocal

Rosa Casimira Tuse Medina
Asesor

**VIVENCIAS DEL AUTOCUIDADO DEL
ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN
COMUNITARIA DE LA URBANIZACIÓN
SANTA ISABEL - CARABAYLLO 2014**

Dedicatoria

Este trabajo de investigación se lo dedicamos a Dios por darnos fortaleza frente a las adversidades.

A nuestras familias que de alguna forma u otra nos brindaron su apoyo durante estos años de estudio.

Y a todas aquellas personas que de alguna forma u otra nos han apoyado.

Índice

Pág.

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación de la pregunta de investigación	14
1.3. Justificación del estudio.....	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad	16
2.2. Marco teórico – conceptual	19
2.3. Antecedentes de la investigación	50
2.3.1. Internacional	50
2.3.2 Nacional.....	54
2.4 Objetivos	56
2.4.1 Objetivo General	56
2.4.2 Objetivos Específicos.....	56

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo – Diseño de investigación.....	58
3.2. Unidad de análisis	58
3.3. Escenario/Sede	58
3.4. Participantes/Sujetos de Estudio	59
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
3.6. Técnica de procesamiento y método de análisis	63
3.7. Plan para el trabajo de campo.....	67
3.8. Aspectos éticos	68

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	71
-----------------------	----

4.2. Discusión.....	77
---------------------	----

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones finales	82
------------------------------------	----

5.2. Recomendaciones:.....	82
----------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
---	-----------

ANEXOS	88
---------------------	-----------

Índice de anexos

Anexo A: Guía de preguntas norteadoras.....	89
Anexo B: Carta de aceptación de la población de estudio.....	90
Anexo C: Consentimiento informado.....	91
Anexo D: Plan para el foco grupal	92

Resumen

La presente investigación ha tenido como **objetivo** conocer las vivencias del auto cuidado del adulto mayor de la Asociación Comunitaria de la urbanización Santa Isabel–Carabayllo. El **método** usado fue cualitativo, descriptivo y fenomenológico. Participaron 10 adultos mayores, teniendo como base teórica a Dorotea Orem con su teoría de Auto cuidado. El análisis temático de los discursos permitieron aproximarnos a las vivencias que tiene el adulto mayor en su auto cuidado. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semi-estructurada. Después de analizar los datos, emergieron los **siguientes resultados** expresados en las siguientes categorías: En la esfera espiritual, experiencias de autocuidado en el adulto mayor vinculado a la creencia, la religión y prácticas de valores. En la esfera social, el resultado vivencias sociales del adulto mayor como estrategia de autocuidado personal vinculado a la participación activa y comunicación. En la esfera biológica, se manifestaron formas de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso. Y, en la esfera psicológica, se evidenciaron: Estrategias de autocuidado que repercuten en la psicología del adulto mayor. **Consideraciones finales:** Para los adultos mayores, sus vivencias de autocuidado son relatos cotidianos en su proceso de envejecimiento, sus experiencias de vida están guiadas por las experiencias en la línea del tiempo. La categoría que más predominó fue la Espiritual.

Palabras clave: Adulto mayor, autocuidado, vivencia

Abstract

This research has aimed to understand the experiences of the elderly self Community Association of urbanization Santa Isabel-Carabayllo. The **method** used was qualitative, descriptive and phenomenological. 10 older adults participated, with the theoretical basis of Dorothea Orem with his theory of self-care. Thematic analysis of the speeches allowed to approach the experiences that have the elderly in self-care. Data collection was performed using a semi-structured interview. After analyzing the data, they emerged the **following results** expressed in the following categories: In the spiritual realm, experiences self-care in the elderly linked to belief, practice religion and values. In the social sphere, the result social experiences of the elderly as personal self-care strategy linked to the active participation and communication. In the biological area, forms of corporal self manifested in elderly linked to food physical activity, hygiene and rest. And in the psychological sphere, they were evident: self-care strategies that affect the psychology of the elderly. **Final Thoughts:** For older adults, their experiences of self are everyday stories in their aging process, their life experiences are guided by experiences in the timeline. The category that prevailed was the spiritual.

Keywords: elderly, self-care experience

Introducción

El profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, es el pilar fundamental en el cuidado del paciente, siendo esta la esencia de su profesión. El cuidado debe estar basado en una interacción enfermera-paciente, cuyo objetivo es proteger, realzar, conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior de la persona a su cuidado a la luz de un cuidado humanizado.

Esta debe ser cultivada desde su formación para que, de esta manera, brinde atención integral y holística. Es por ello que el presente estudio titulado: “Vivencias del Autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel-Carabayllo- 2014” tuvo como objetivo conocer las vivencias del adulto mayor en su autocuidado en las esferas biológica, social, psicológica y espiritual, de manera que esta información sea válida y confiable para establecer mejoras y/o fortalecer el autocuidado.

Este estudio de investigación sobre las vivencias de autocuidado del adulto mayor nace de una preocupación y un desafío para el campo de la enfermería, donde se quiere mejorar la prevención y promoción en la capacidad para fortalecer el autocuidado, incrementar los contactos sociales, la participación social y lograr una longevidad satisfactoria.

La presente investigación consta de Capítulo I: El problema, Planteamiento del Problema, Formulación de la pregunta de investigación, Justificación del estudio. Capítulo II: Marco teórico, Marco Conceptual histórico social de la realidad, Marco teórico conceptual, Teoría fenomenológica, Conceptualización y características del proceso de Envejecimiento, Cambios en el proceso de envejecimiento del Adulto mayor, Cambios biopsicosociales, Antecedentes de la investigación y Objetivos. Capítulo III: Metodología: Tipo de Diseño de investigación, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y Método de análisis. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Consideraciones finales y Recomendaciones.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), se considera al adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual a 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años a quienes viven en países en desarrollo⁽¹⁾. Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo. Actualmente, hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo⁽²⁾.

En nuestro mundo, que envejece rápidamente, las personas mayores desempeñarán un papel cada vez más importante a través del trabajo voluntario, transmitiendo su experiencia y conocimientos, cuidando a sus familias y con una creciente participación en la fuerza laboral remunerada. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial.

Es por ello que la población mundial de 60 años es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones. Por una parte, este fenómeno evidencia que hemos logrado adelantos contra las enfermedades de la infancia, la mortalidad materna; y hemos ayudado a las mujeres a asumir el control de su propia fecundidad. Por esta razón, la distribución de la población mundial según las edades está pasando por una profunda transformación, pues a medida que la mortalidad y la fertilidad han ido descendiendo, la distribución se está modificando gradualmente en favor de las edades más avanzadas⁽³⁾.

Asimismo, en la transición demográfica que viven los países desarrollados el número de personas mayores es elevado. Así tenemos que en Europa uno de

cada cinco personas es ya de 60 años o más. En Asia, América Latina y el Caribe la relación es uno de cada diez y uno de cada 19 en África. Si comparamos, vemos que el envejecimiento de la población está avanzando más rápido en los países en desarrollo que en los países de América Latina y el Caribe, caracterizada por el rápido crecimiento del número de adultos mayores. Ello impone numerosos desafíos a los encargados de tomar las decisiones y de diseñar las políticas orientadas al enfoque de atención sanitaria, el cual deberá centrarse en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad de los adultos mayores, debiendo postergar la discapacidad, subsanar las “fallas del mercado” que han impedido alcanzar la tasa de ahorro necesaria (óptima) mediante decisiones individuales. De lo contrario, la población laboralmente activa de hoy tendrá una vejez en condiciones de pobreza, sin los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades de consumo y de salud ⁽⁴⁾.

Cuba, país en vías de desarrollo, no está exento de este proceso. De hecho, constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo. Su población ha envejecido de forma ostensible y se espera que para el 2025 este grupo ocupe más del 20% de la población total. Al parecer, la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas que se perciben sanas no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus capacidades de autocuidado ⁽⁵⁾.

El Ministerio de Salud, dentro de sus Lineamientos de Política, refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

El adulto mayor, al atravesar los años, sufre cambios importantes dentro de su fisiología, en lo psicológico, social y espiritual, enfrentándose a una sociedad competitiva, globalizada, con cambios estructurales en la familia; y, en su cotidianidad, enfrentan muchos retos, por ejemplo, la indiferencia de la sociedad de las políticas de salud. El pilar básico para el adulto mayor es la familia, que

muchas veces es indiferente, sin compromiso en su cuidado, por lo cual este adulto mayor se siente desprotegido, excluido, abandonado y por lo tanto perjudica en su estado de salud física y emocional.

Una de las más grandes estrategias es el autocuidado, que se considera un factor primordial para conservar la salud, pero desgraciadamente pocos logran ponerlo en práctica, ya sea por desconocimiento o porque tienen poco interés en el cuidado de su salud. El autocuidado dependerá de cada persona para contrarrestar un sin número de enfermedades; si no se toman las debidas medidas de precaución como lo es cuidarse así mismo, podemos complicar el estado de salud y desencadenar consecuencias mortales. Es por ello que se comprenderá la importancia de cuidarse.

Para un país, contar con una población adulta mayor que va incrementando las tazas poblacionales es de gran preocupación, un reto para los profesionales de la salud, ya que sus acciones estarán dirigidas a su cuidado para lograr con ello un envejecimiento saludable. Según la teoría de Orem, el auto cuidado es una actividad del individuo aprendida por él y orientada hacia un objetivo. Estas conductas se dirigen hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan al individuo⁽⁶⁾.

El auto cuidado es una conducta que realiza la persona. De acuerdo a esto, Guillen comenta: "Existen condicionantes que impiden al adulto mayor llevar a cabo su autocuidado. Entre estas se pueden citar: condicionantes socios demográficos, capacidades físicas y emocionales, ingresos económicos insuficientes, falta de apoyo familiar, carencia de relaciones afectivas, viudez, desmotivación, acceso a los servicios de salud.

El rol de la enfermera para el autocuidado es relevante pues, teniendo a una teorista como Dorotea Orem, se puede fundamentar a través de nuestro cuidado dirigido al adulto mayor con actividades educativas preventivas promocionales. Hablar de la salud es integral se refiere al más perfecto estado de equilibrio entre los componentes físicos, emocionales, espirituales, psicológicos, biológicos y

sociales que puede tener una persona y que es necesario para su normal desarrollo como ser individual y socialmente productivo ⁽⁷⁾.

Durante del desarrollo académico profesional en rotación de las prácticas comunitarias y actividades de proyección social hacia a la Asociación Comunitaria del Adulto Mayor de la Urbanización Santa Isabel, se ha observado que los adultos mayores acuden semanalmente realizando talleres, actividades sociales de bajos recursos económicos en su mayoría, con educación básica, acuden solos. Al interactuar, manifestaron sus vivencias a través de expresiones “hacemos ejercicios y caminamos”, “mi piel está reseca y no sé cómo cuidarla,” “me siento triste”, “me siento solo”, “en mi casa me siento un estorbo”, solo Dios puede cuidarme”, “rezo todas las noches ”,“ aquí en esta asociación me siento bien; participo semanalmente”.

Siendo los adultos mayores una población frágil que requieren de su autocuidado para llevar un envejecimiento saludable y, por ende, satisfactorio, el profesional de enfermería toma un papel estratégico para poder descubrir qué estrategias de autocuidado ejercen dentro de sus vivencias en su cotidianidad dichos adultos mayores de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel - Carabayllo – 2014.

Y, en virtud a lo planteado se formula la siguiente interrogante:

1.2. Formulación de la pregunta de investigación

¿Cómo son las Vivencias de Autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel / Carabayllo – 2014?

1.3. Justificación del estudio

La presente investigación se justifica porque la progresión poblacional del adulto mayor es uno de los más grandes logros de la humanidad pero también uno de sus mayores desafíos, debido a que el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo más rápido y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y disminución de cuidado. Por esta razón, es necesario que los profesionales de la salud, entre ellos, el profesional de Enfermería oriente sus cuidados fomentando una cultura de autocuidado de la salud, propiciando un

entorno seguro, libre de riesgos, facilitando el aprendizaje y, mediante la educación sanitaria, se logre que la persona adulta mayor sea autovalente.

La presente investigación también servirá de reflexión científica en lo que respecta al planteamiento de nuevas perspectivas que permitan a los profesionales de Enfermería de hoy y enfermeros en formación redescubrir la importancia del cuidado a las personas adultas mayores, enfatizando en su autocuidado mediante la promoción de la salud y prevención de daño.

Se debe tener en cuenta que las vivencias diarias juegan un papel relevante para el profesional de enfermería, pues conocerlas ayuda a actuar frente a ellas y en consecuencia lograr una población de adulta mayor en mejores condiciones para enfrentar el proceso de envejecimiento, plantear estrategias oportunas y relevantes en conseguir un conocimiento de ellas y generar cambios.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1. Historia de Carabaylo

El distrito peruano de Carabaylo es el más extenso de los 43 distritos de la provincia de Lima. Es también el distrito matriz de Lima Norte y uno de los ocho que lo conforman. Se localiza al norte de la ciudad. Limita por el norte y noreste con el distrito de Santa Rosa de Quives de la provincia de Canta; por el sur limita con el distrito de Comas; por el este, con la provincia de Huarochirí; y, por el oeste con el distrito de Puente Piedra y el distrito de Ancón. Se ubica a ambos márgenes del río Chillón que nace en la cordillera de la Viuda (Canta). El valle donde está situado es muy fecundo y sus productos agropecuarios abastecen los mercados de la gran Lima.

Carabaylo es una zona de expansión reciente de la ciudad. Este distrito se conecta con otros distritos por vías como la avenida Túpac Amaru y la avenida Universitaria. Tiene una altitud entre 238 a 500 metros sobre el nivel del mar (Región Yunga). Su población pertenece a los niveles socioeconómicos B, C, D y E.

El distrito de Carabaylo es uno de los 43 distritos de la provincia de Lima. Es también el distrito matriz de Lima Norte y uno de los ocho que lo conforman. Se localiza al norte de la ciudad, el valle donde está situado es muy fecundo y sus productos agropecuarios abastecen los mercados de la gran Lima. Este distrito se conecta con otros distritos por vías como la Av. Túpac Amaru y la Av. Universitaria. Tiene una altitud entre 238 a 500 metros sobre el nivel del mar Su población pertenece a los niveles.

2.1.2. Geografía

Debido a sus variados pisos altitudinales, posee variados microclimas, desde tener una zona eriaza desértica, hasta tener valles frondosos con bosques y cultivos de pan llevar. Su clima es templado-cálido, oscilando su temperatura entre la mínima y máxima (12°C - 30°C) con un promedio de 21°C (grados) de Temperatura. Sus vientos son moderados de sur a norte especialmente en finales de época de primavera. Sus lluvias son de carácter moderado en época de invierno.

2.1.3. Historia de la Urb.- Santa Isabel de Carabayllo

Se fundó en 1972 y fue vendida por el Banco de Crédito, ya que este terreno pertenecía antes a una constructora Alemana llamada IBIZA el Banco lo compró y vendió a los propietarios.

La urbanización Santa Isabel comenzó a habitarse de 1974, siendo el Sr. Otoniel el presidente N° 10. Ellos se organizaron y formaron el APUSI (Asociación de propietarios de la Urbanización Santa Isabel), los requisitos son dar un sol mensual pertenecer a la asociación, estar inscritos en los registros públicos, tener título de propiedad Clubs de adulto.

2.1.4. Ubicación geográfica

La Urbanización Santa Isabel del distrito de Carabayllo presenta los siguientes límites:

- A. Norte: Con la Urbanización Lucyana y Urbanización Tungasuca.
- B. Este: Con la Urbanización Villa polvorín y la Urbanización Lucyana.
- C. Oeste: Con la Urbanización San Felipe y la Av. Túpac Amaru.
- D. Sur: Con la Urbanización San Felipe.

2.1.5. Población

La Urbanización Santa Isabel cuenta con 3,200 habitantes.

2.1.6. Aspectos socio económico

Cuenta con todos los servicios básicos, como el hospital de la solidaridad.

- Actividad comercial : Mercados, Bodegas, Capilla y Comisaria
- Educación : Colegios Inicial, Primaria y Secundaria
- Problemas sociales : Pandillaje y Alcoholismo ⁽⁸⁾.

2.1.7. Historia de la Fundación de la Asociación Comunitaria del Adulto Mayor de la Urbanización Santa Isabel (AAMUSIC).

La Urbanización Santa Isabel es una de las más antiguas del distrito de Carabayllo ubicada a la altura del Km. 16.5 de la Av. Túpac Amaru. Es aquí donde se encuentra la Asociación del Adulto Mayor de la Urbanización Santa Isabel de Carabayllo. (AAMUSIC), siendo el Sr. Tapia el alcalde de Carabayllo. Fue fundada el 15 de octubre de 1994 y regularizada por su personería jurídica el día 11 de diciembre de 1998 ante la SUNARP.

Su denominación actual adopta el 12 de enero del 2013 mediante la Asamblea General. Es una organización constituida por personas naturales adultas mayores residentes en la Urbanización Santa Isabel del distrito de Carabayllo de derecho privado, autónoma, sin fines de lucro. Se rige por el presente Estatuto, sus reglamentos, la Ley 28803, el Código Civil y demás normas aplicables. Fue fundada con la finalidad de fomentar la recreación y el bienestar de sus asociados en los diversos campos del desarrollo humano.

En la Asociación Comunitaria del adulto mayor Santa Isabel Carabayllo, a partir del 28 de febrero del 2004, comenzaron a agruparse personas que pertenecían al comité de damas que realizaban labor social; decidieron fortalecer la asociación del adulto mayor, debido a que había muchos adultos de la tercera edad que en sus hogares eran maltratados por sus familiares hasta por los hijos. A inicio eran de 12 a 15 personas que realizaban las charlas educativas; entre ellos, profesores cesantes, obstetrices, jubilados, enfermeras quienes hacen conocer su malestar manifestando que aún pueden servir de ejemplo para la comunidad y para las generaciones futuras. Junto al alcalde el Sr. Ríos y la presidenta de la Asociación comunitaria Sra. Ojeda firmaron un contrato por 20 años renovables por cada Gobierno que ingresa. El terreno mide 689 metros cuadrados. La propiedad pertenece a los adultos mayores que la adquirieron cuando compraron sus terrenos. Cuentan

con un libro de socios donde se inscriben, adjuntando una foto y copia de su DNI. En estos momentos son 90 los socios en esta asociación quienes realizan talleres de taichí, manualidades, tejen chompas. Los varones hacen billeteras, realizan paseos, caminatas, realizan expo ferias donde venden sus productos ⁽⁹⁾.

2.2. Marco teórico – conceptual

2.2.1. Adulto Mayor

La vida es un proceso cíclico, el cual debe ser analizado detenidamente, ya que comprender los cambios que van ocurriendo a través de los años es una tarea de difícil asimilación. En el año 1984, la (O.M.S) estableció el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más, y de esta manera evitar múltiple denominación como vieja, anciana, geronto, entre otras.

Según la OMS, las personas de:

60 – 74 años son consideradas de edad avanzada.

75 – 90 años, viejas o ancianas.

Mayores de 90 años, grandes viejos o grandes longevos.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

2.2.2. Clasificación del adulto mayor según actividades que realiza

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “considera como personas mayores a los varones y mujeres que tienen 60 o más años de edad”.

La definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ha realizado la clasificación del Adulto mayor en 3 grupos bien diferenciados, tales como:

A. Persona adulta mayor autovalente: Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las

actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición. Sin duda, cada individuo recorre el transcurso en su vejez y de su vida en general de manera particular; todos viven el envejecimiento de manera diferente; pero, sin embargo, es una etapa de la vida que no se puede evitar y que además se debe vivir satisfactoriamente. Tal vez siempre se piense que los padecimientos que se sufran en la vejez son ocasionados por la misma vejez.

B. Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición. Son personas de edades entre 69-77 años.

Son aquellas personas que cumplen alguna de las siguientes condiciones y que debido a cualquiera de ellas, se encuentran en situación de riesgo de dependencia:

- Problemas de salud: Patología crónica que condicione una incapacidad funcional; por ejemplo: neoplasia avanzada, demencia, hospitalización reciente, polifarmacia, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión.
- Criterios asistenciales: Edad superior a 80 años, inmovilizado en su domicilio, residentes en instituciones.
- Problemas sociales: Aislamiento social y/o familiar (vive solo o sin familia próxima), cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), viudedad reciente, riesgo de institucionalización prematura o inadecuada; rechazo de su situación, recursos económicos insuficientes, problemas de vivienda (barreras arquitectónicas, sin condiciones mínimas, etc.).

C. Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella 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 el 3% de personas mayores que viven en la comunidad tiene esta condición.

El envejecimiento lleva consigo una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas en los seres humanos, caracterizándose por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. El envejecimiento humano puede ser entendido como un proceso universal, dinámico e irreversible que está influenciado por lo biológico, social, psicológico y ambientales. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso que acompaña a la persona durante toda la vida y en consecuencia se interpreta subjetivamente, se representa por el tiempo y los cambios que a través de él ocurre socialmente y que varían con la época ⁽¹⁰⁾.

2.2.3 Conceptualización y características del proceso del envejecimiento

La (O.P.S), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos" ⁽¹¹⁾.

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.

A. Características del envejecimiento

- Universal, es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- Continuo, tiene un inicio y final.
- Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.

- Irreversible; no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales y 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.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad, además de los cambios propios del envejecimiento ⁽¹¹⁾.

La O.P.S 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 ⁽¹²⁾.

Se sabe que el envejecimiento se debe, en gran parte, a las características genéticas del ser humano y a las de cada individuo, de modo diferente. Sin embargo, el envejecimiento se ve influido por el medio ambiente y el estilo de vida según el cual cada persona hace uso, abuso y desuso de sus capacidades de modo totalmente peculiar, lo que da como resultado una personalísima forma de envejecer. Estos factores: medio ambiente y estilos de vida, son modificables y, por ello se debe considerar la intervención educativa para preveer un buen envejecimiento ⁽¹³⁾.

La O.M.S declara que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Armonizando con esta nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que, para la persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos, que le permitan 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 ⁽¹²⁾.

2.2.4. Cambios en el proceso de envejecimiento del adulto mayor

A. Biológico: Respecto a lo biológico, entre la deficiencia que viene con el avance de edad cronológica, está la discapacidad, que se caracteriza como cualquier limitación en la realización de una actividad, dentro del rango que se considera normal para la vida humana, donde se producen una serie de cambios por el mismo proceso de envejecimiento, comprometiendo órganos y sistemas.

B. Psicológico: En este orden de ideas, el modo de interdependencia surge en un constante proceso de dar y recibir amor, el adulto mayor utiliza el proceso cognitivo para percibir la respuesta y obtener el comportamiento esperado, por parte de su familia. Tiene que vivir un constante esfuerzo para adaptarse a los cambios biológicos, limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

C. Social: En el rol social, expresa un papel que es elegido libremente por el adulto mayor de carácter temporal, y, a menudo, está asociado con la realización de una tarea menor, de ahí los cambios que se experimentan tanto en el ámbito familiar como en el ámbito social. Con ellos se pierde el poder, la influencia, y puede darse una baja en la autoestima. La familia puede influenciar en lo psicológico. Se

producirán cambios individuales que dependerán de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir.

Por otro lado, con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado. También cambios generales como la jubilación, la cual se verá que más adelante. Es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado, las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

D. Espiritual: Cabe señalar que el envejecimiento se manifiesta de manera diferente en cada individuo y está condicionado por la manera en que el adulto mayor se adapta a los cambios que ha de experimentar en estos ciclos de vida, tanto como el apoyo familiar, espiritualidad y su devoción por Dios, Sociedad. El envejecimiento produce cambios naturales en los ritmos de vida. Deja espacios propicios para practicar nuevas rutinas y disminuir la ansiedad que implicó el cumplimiento de un sinnúmero de obligaciones en la etapa media de la vida, favoreciendo el desarrollo de la espiritualidad.

Las personas que demuestran prácticas religiosas reconocen que, a medida que avanzaron en edad, aumentó su espiritualidad, se recuperaron prácticas religiosas de la infancia y las experiencias con lo divino. La espiritualidad fortalece y anima, cambia lo negativo en positivo, da sentido a lo que les toca vivir, sea su tristeza, dolor, pérdida o enfermedad.

No son muchos los estudios que se han hecho sobre el tema; sin embargo, hay antecedentes que indican que personas activas

religiosamente muestran niveles más bajos de consumo de alcohol y tabaco, menores cuadros depresivos y desarrollo de cánceres. Ello puede explicarse porque las prácticas religiosas tienden a tener una mirada optimista de la vida ⁽¹³⁾.

Las sociedades modernas han abandonado a sus ancianos, fenómeno que ha obligado al adulto mayor a preocuparse de sí mismo, atender a sus estados de soledad y falta de cariño y se vea motivado por entrar en contacto con lo divino a través del desarrollo de su espiritualidad.

Por dicha razones, el envejecimiento en un contexto saludable es importante para que las personas mayores mantengan sus capacidades físicas y mentales necesarias para una vida independiente y autónoma que no impida la toma de decisiones respecto a los intereses del adulto mayor y así mantenga su autodeterminación e independencia ⁽⁸⁾.

2.2.5. Vivencias

Una vivencia es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin dudas enriquecerán a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la de la vivencia pasada, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud, comportamiento. Cuando alguien tiene una vivencia favorable que le produjo placer y gusto, con el tiempo, la recordará como positiva, aprenderá de ella y tratará de repetirla.

Por otra parte, las vivencias de una persona, aunque no sean las mismas de otra persona, sin dudas son importantes de conocer, porque de alguna manera enriquecerán a quien no haya vivido algo similar, y en el caso de que una situación similar se le presente en el futuro, tendrá herramientas para resolverla o en su defecto, si en lo inmediato no suponen aprendizaje ⁽¹⁴⁾.

Asimismo, se encontraron otras definiciones que aseguran que son todos los aspectos vividos por las personas adultas mayores que han sido víctimas del abandono por parte de sus familiares, sean estas positivas y/o negativas que ellos mismos refieren acorde a su situación individual experimentada ⁽¹⁵⁾.

La ontología contemporánea tiene uno de sus puntos de partida metodológicos en la filosofía de Husserl. La idea de la fenomenología como título para una nueva actitud renovadora del pensamiento filosófico, plena de radicalidad y autenticidad en sus propósitos, se halla en la base de los planteamientos contemporáneos más importantes de la ontología. La fenomenología confirió al pensamiento filosófico en general, y al ontológico en particular una nueva perspectiva para abordar la problemática tradicional y, sobre todo, la seguridad y confianza que requerirá en una época signada por el complejo cientificista y por un sentimiento generalizado de la esterilidad del pensamiento filosófico. Esa nueva perspectiva se condensa máximamente en un anhelo vehemente por lo original y genuino en un intento por penetrar en la endurecida capa de las opiniones corrientes y mal fundadas para volver a tomar contacto con los auténticos fenómenos⁽¹⁶⁾.

Heidegger fue quien, como hermenéutica de la existencia humana, lo desprendió de cualquier dominio particular de objetos para trasladarlo a la vida humana en total. Heidegger muestra que ese círculo metódico que, a juicio de muchos invalidaba las ciencias del espíritu tiene su fundamento necesario en la complejidad de ser del hombre.

La interpretación hermenéutica y la fenomenología encuentran su locus en este apartado. Los esfuerzos en el análisis de los contenidos de los datos obtenidos en la secuencia de textos y de argumentos obtenidos en la investigación permiten un abordaje descriptivo y legitimado de los datos de los contenidos, orientándose entonces hacia la formación de teorías basadas en estructuras simbólicas aproximables a una realidad determinada.

La epistemología en la investigación cualitativa tiene un soporte proveniente de las vertientes del interaccionismo, del constructivismo y de las tendencias

emancipadoras holística e integradoras, formuladas hacia la década de los setenta como el emergentismo y los enfoques sistemáticos⁽¹⁶⁾.

2.2.6. Teoría fenomenológica

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde las perspectivas grupales o internacionales. La fenomenología descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido). La espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la racionalidad o la comunidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone en énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones⁽¹⁷⁾.

Morse L. Richard sostiene que existen dos premisas en la fenomenología. La primera se refiere a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no cómo lo piensa, sino cómo lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. La segunda señala que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y solo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De esta forma, los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, con los sucesos y con las situaciones⁽¹⁸⁾.

De esta forma Cresswell J. considera que los investigadores realizan análisis fenomenológicos si su trabajo cumple las siguientes características generales⁽¹⁹⁾ :

- Buscan la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia.
- Enfatizan la intencionalidad de la conciencia, es decir, que las experiencias contienen la apariencia externa e interna, las cuales se basan en la memoria, la imagen y el significado.

- Realizan el análisis fenomenológico de los datos mediante una metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y de temas específicos, y con la búsqueda de significados posibles.
- Apartan su propia experiencia en la más pura tradición de la investigación naturalista.
- Confían en la intuición, en la imaginación y en las estructuras universales para aprehender la experiencia.
- Suspenden cualquier juicio respecto a lo que es real o no lo es.
- Comprenden las perspectivas filosóficas detrás de la teoría, especialmente el concepto de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno.
- Elaboran preguntas de investigación tendientes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia y solicitan que se les describan las experiencias vividas cotidianamente.
- Obtienen información de quienes han experimentado el fenómeno que estudian, generalmente por medio de entrevistas.

Para la realización de este proceso, Amadeo Giorgio propone cinco pasos específicos: Obtener datos verbales, leer estos datos, organizarlos y expresarlos desde una perspectiva disciplinaria, sintetizar y resumir los datos para presentarlos ante un auditorio científico ⁽²⁰⁾.

2.2.7. Autocuidado

Existen muchas identidades que definen qué es el autocuidado como por ejemplo: Según Coppard, el autocuidado “Es toda aquella acción y decisión que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones dirigidas a mantener y mejorar su salud y las decisiones referidas a usar tanto de los sistemas de apoyo informal como los servicios médicos formales” ⁽²⁰⁾.

Entidades como el MINSA define “el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover el estilo de vida y el entorno saludable”. En las vivencias sobre el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas

manejo de estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicios y actividad física, habilidades para controlar y reducir el consumo de medicamentos ⁽²⁰⁾.

Orem ha definido el autocuidado como “la práctica de las acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento o desarrollo en beneficio de su vida salud o bienestar”. En su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y el concepto de “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia y realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él ⁽²¹⁾.

Esta definición asume el autocuidado como un hecho tradicional, no evita la interacción con los profesionales de la salud y permite la inclusión de medidas de autocuidado para mantener o promover la salud, prevenir la enfermedad, y facilitar la recuperación de la enfermedad o lesión y es conceptualmente congruente con la definición de la OMS ⁽²²⁾.

El concepto de auto cuidado de Orem no puede entenderse al margen de sus propósitos. Si los investigadores no reconocemos que el autocuidado es una función reguladora y un repertorio de acción deliberado, nos arriesgamos a separar las conductas de sus metas y propósitos, y como consecuencia, el estudio y medida del autocuidado puede degenerar en pequeñas y numerosas observaciones hechas sobre unas conductas orientadas a un propósito desconocido. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades ⁽²³⁾.

Además como parte central del concepto del autocuidado está la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural y tampoco convertirlas en un proceso automático. El autocuidado no debería

considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar en tomar decisiones, de hecho se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus posibilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

De la misma forma, el autocuidado es una conducta que se va condicionado por una serie de factores como el auto concepto y el grado de madurez del individuo, los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura, los conocimientos sobre la salud que tiene la persona, la situación del grupo con el que vive y se relaciona (constelación familiar, miembros de grupos sociales) y los trastornos o disfunciones de la salud y hábitos inadecuados ⁽¹³⁾. De tal manera, que las vivencias sobre el autocuidado de las actividades que mantienen la vida y la salud promueva el bienestar integrándola de forma sostenida en la vida diaria.

La importancia de la Enfermería y la salud deriva fundamentalmente de su papel en la promoción mantenimiento y recuperación de la salud desde una visión integral, y también de su posición privilegiada para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos. Pero, como en otras disciplinas, no existe consenso sobre una definición de salud en el ámbito de la enfermería; es un constructo tan complejo que probablemente no pueda asignársele una etiqueta, un significado específico de forma breve, concisa y contundente ⁽²⁴⁾.

Por otra parte, al no existir una definición consensuada, tampoco se puede traducir a las definiciones operativas pertinentes; no obstante, muchas enfermeras teóricas lo han intentado. El desafío de estudiar y medir la salud no es, por tanto, un hecho fácil, existen al respecto grandes interrogantes tanto sobre el desarrollo del concepto como en su operativización y medida. Orem, nuestra principal teórica que refuerza el estudio de investigación, describe la salud como “un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, la enfermedad”.

La salud consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales inseparables. Incluye en esta conceptualización la promoción, el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Para Orem el término salud ayuda a describir el estado de globalidad e integridad de los seres humanos. Afirma que estos tienen capacidad para poder desarrollarse ⁽²²⁾.

- a) Reflexionar sobre sí mismos y su entorno
- b) Simbolizar lo que experimentan
- c) Usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para sí mismos y para otros.

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow, señala que la persona auto-realizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades y que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis. Este tipo de persona, que Maslow llama excepcional, ha arribado a un estado de autorrealización que es solo posible en personas de 60 años y más. El proceso de autorrealización, de acuerdo con los postulados de Maslow, implica el desarrollo o el descubrimiento del verdadero YO y de las potencialidades latentes. El autor señala que el aspecto más común y universal de estas personas superiores es su capacidad de ver la vida claramente, es decir, "cómo es" y no "cómo quisiera que fuera". Son personas menos emocionales y más objetivas, que no permiten que sus esperanzas y deseos distorsionen sus puntos de vista. Como poseen una percepción superior, los adultos mayores auto-realizados son más decididos y tienen mejor noción de lo que es adecuado e inadecuado; se extienden a muchas áreas de la vida; poseen la capacidad de escuchar a otros, de admitir que no saben y de aceptar que otros les enseñen.

Maslow identificó en sus investigaciones que la característica universal de la persona autorealizada es la creatividad, casi sinónimo de salud, autorrealización y completa humanidad.

En otras palabras, en el adulto mayor auto-realizado, el subconsciente es creativo, afectuoso, positivo y saludable. Aunque estas teorías parecen limitantes, sirven de base para comprender mejor algunas de las manifestaciones del comportamiento de las personas de edad avanzada y, de esta manera, enriquece el conocimiento, es posible ofrecer un cuidado de salud integral de elevada calidad, ajustándose a la realidad específica de la vejez ⁽²⁵⁾ :

Asimismo, Abraham Maslow considera la caracterización de la jerarquía de necesidades:

A. Necesidades de autorrealización: Son las más elevadas y se hallan en la cima de la jerarquía; Maslow describe la auto-realización como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona "nació para hacer"; es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica; de esta forma, una persona que está inspirada para la música debe hacer música, un artista debe pintar y un poeta debe escribir.

B. Necesidades de amor, afecto y pertenencia: Cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas a superar los sentimientos de soledad y alienación. En la vida diaria, estas necesidades se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o simplemente asistir a un club social.

C. Necesidades de seguridad: Cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Dentro de estas necesidades se encuentran cosas como: seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal.

D. Necesidades fisiológicas: Son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; se consideran las necesidades básicas e incluyen cosas como la necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio.

E. Necesidades de estima: Cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima orientadas hacia el autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. En este particular, Maslow señaló dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad ⁽²⁶⁾.

2.2.8. Cambios biopsicosociales del 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 ⁽¹⁰⁾.

A. Esfera Biológica en el Adulto mayor

- 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.

- Piel, uñas y cabello: La piel se hace más delgada por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica “arrugada” y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios pre malignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de canas. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras. La piel, por su extensión, es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar.
- Sistema muscular y el esqueleto óseo: Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, dicha pérdida se acelera con la edad. Asimismo, disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos. La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose por el contrario el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida de calcio en los de la cadera (osteoporosis), del muslo y en las vértebras. Estos cambios afectan a hombres y mujeres, pero afectan con mayor incidencia a las mujeres durante la menopausia, por la disminución del estrógeno.
- Sistema nervioso: 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 neuro-transmisores. 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 en el ciclo del sueño se altera el oído y audición: En el oído externo se produce acumulación de cerumen, que dificulta la audición. Hay adelgazamiento del tímpano y

pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos. Estos cambios provocan pérdida de audición, principalmente de las tonalidades bajas.

- Ojo y visión: Los cambios de los párpados pueden provocar su caída o suspensión. La córnea pierde transparencia y por depósito de lípidos se produce el “arco senil”. La pupila reduce su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido. Frecuentemente aparecen cataratas. A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años ⁽¹⁰⁾.
- Sistema hormonal: Con respecto a la glucosa (azúcar) e insulina, se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en la sangre y, por tanto, diabetes. También disminuyen la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.
- Sistema inmunológico: Las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.
- Sistema cardiovascular: En este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El corazón aumenta su tamaño y peso. El músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno que provoca su endurecimiento (fibrosis) y, por ende, rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza. El interior del corazón se adelgaza, las válvulas se calcifican y el tejido conductor presenta la pérdida progresiva de su actividad. El corazón de la persona adulta mayor generalmente es capaz de mantener adecuadamente un flujo cardíaco

suficiente para suplir sus necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años.

- Sistema respiratorio: La concentración de oxígeno en la sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse. Aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30% a los 80 años. Así mismo, disminuye la elasticidad del árbol bronquial y la fuerza muscular en los músculos respiratorios.
- 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.
- Sistema genitourinario: Disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de urea 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 espermatozoides menos viables y en menor volumen,

demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad penénea
(12).

B. Esfera Psicológica en el Adulto mayor

Durante la vejez acontecen una serie de factores interrelacionados que tienen una importante incidencia en los cambios psicológicos durante el envejecimiento:

- **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 conserva 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, modificaciones en las funciones cognitivas. Si evaluamos las capacidades cognitivas por separado en el envejecimiento podemos encontrar ⁽¹⁰⁾.

- **Procesado de la información:** Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento en la emisión de respuestas halla una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de

la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad.

- **Inteligencia:** Se mantiene estable durante la etapa de la vejez, aunque suele aparecer un entorpecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este entorpecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida del interés, dificultades en la concentración. No obstante, los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia: la fluida y la cristalizada.
 - a. **Inteligencia cristalizada.** Esta no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente.
 - b. **Inteligencia fluida:** Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo.

- **Memoria inmediata:** Se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza a mostrar déficit, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser los signos más característicos de los cambios psíquicos en el adulto mayor.

- **Lenguaje:** La capacidad del lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis), no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar entorpecido.

- **Afectividad emocional:** La vejez está marcada por las pérdidas (familiares), laborales, sociales, físicas, etc.) la afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas

- Autoestima: Muchas veces el autoestima disminuida está asociada a los cambios físicos, psicológicos, ambientales, actitud social, enfermedades y a los estereotipos negativos. Si el adulto mayor se percibe a sí mismo en esos términos, toma una actitud fatalista, de resignación y apatía, inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.

- 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.

- La afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad ⁽²³⁾.

C. Esfera Social en el Adulto mayor

El campo psicosocial es de una gran amplitud, por lo que sintetizaremos la descripción aludiendo solamente a los principales cambios.

La ideología del “viejismo”: 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 percibir 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 ⁽²⁷⁾.

- 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, Lo que lleva muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión por pérdida de su identificación dentro de la sociedad. Sienten que “no son nadie” y pierden 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 ⁽¹⁰⁾.
- 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 solas 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 reconocidos 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 estos, 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 cuánto puede brindar esa persona al grupo familiar de positivo y creativo, sobre todo, teniendo en cuenta que se trata de un ser humano querido, lleno de 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 ⁽¹⁰⁾.

D. Esfera Espiritual en el Adulto mayor

Vaillant, explica que la espiritualidad y la religiosidad no aumentan en la vejez. Este autor señala que las personas tienden a mantener creencias y hábitos de toda su vida. Pero aclara que, así como envejecer no conduce inevitablemente al desarrollo espiritual, sí altera las condiciones de la vida en formas que conducen a la espiritualidad. El envejecer disminuye los ritmos y deja tiempo y espacio para disfrutar de cosas simples. Simplifica la rutina diaria. Facilita la aceptación de las cosas que no pueden ⁽²⁸⁾.

En adición Petersen M encontró también que las personas más profundamente comprometidas con creencias religiosas o espirituales no tienen el envejecimiento más exitoso y, en cambio, tienen cuatro veces más posibilidades que los no religiosos o espirituales de haber experimentado una depresión. En el mismo sentido, encontró una positiva significancia relación entre la fuerza de la afiliación religiosa y una historia de depresión en el pasado, y esta, a su vez, correlacionaba negativamente con la riqueza del apoyo social disponible y con ser saludables ⁽²⁹⁾.

La espiritualidad se puede entender como un conjunto de sentimientos creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo sagrado y lo divino con relación al efecto positivo en la salud física y mental que tienen las dimensiones religiosas y/o espirituales en el tratamiento médico de pacientes oncológicos. Se ha encontrado que la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la supervivencia, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos y por lo tanto, contribuye a un menor riesgo de enfermedades; en general, mejora la calidad de vida.

De esa manera, un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes geriátrico encontró que aquellos pacientes que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental. Otros beneficios que aporta la espiritualidad tienen que ver con la longevidad ⁽³⁰⁾.

El enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital encuentran que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Además, encuentra que los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración, son menos importantes. Por otra parte, hay evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de memberships religiosas, beneficia la salud, ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables y, también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento.

Según Gallegos R, la espiritualidad es la que nos permite conducir bien la propia vida, con responsabilidad de los pensamientos, sentimientos, acciones y valores. La parte más importante y valiosa de una persona es su vida interior, subjetiva: la individualidad o alma ⁽³¹⁾.

La educación debe cultivar el crecimiento sano de la vida espiritual. Es experiencia directa. Surge en la interioridad del ser humano como experiencia inmediata que solo puede revelarse al ojo del espíritu; es universal. Nos lleva de lo egocéntrico a lo céntrico, de lo personal a lo universal, de un interés de lo nuestro, de una identidad individualista, a una identidad universal. Se traduce en términos de claridad, bienestar, libertad, gozo, responsabilidad, ecuanimidad, prudencia, paciencia, humildad, tranquilidad, amor universal, creencias individuales, etc. Nos lleva a estar presentes de manera plena y creativa en la sociedad. No conduce al aislamiento o a una desvinculación de la realidad.

Es el conocimiento de nuestra verdadera naturaleza, de la base divina que está más allá del ego. Nos lleva a un despertar de la conciencia. El autoconocimiento es un requisito para la experiencia espiritual. La espiritualidad es transformadora. Transforma en un sentido vertical; hay una transformación real y profunda de todo nuestro ser, de nuestras actitudes, valores, conductas, pensamientos, metas, relaciones, apreciaciones, motivaciones, etc. Es un despertar a lo que realmente somos. La espiritualidad es concordia y fraternidad. Es un factor de unión, acuerdo, convenio y armonía entre los seres humanos. Es garantía, tolerancia, respeto a los demás, a la diversidad y reconocimiento a la libertad humana. La espiritualidad es amor universal. El aspecto más esencial de la espiritualidad es una conciencia de amor universal ⁽³²⁾.

La noción de envejecimiento patológico o senilidad corresponde a la concepción biomédica tradicional del desarrollo humano, que enfatiza las disfunciones observadas en el ser que envejece y plantea que con la edad aparecen en el individuo enfermedades crónicas. Una visión reciente más positiva del envejecimiento humano considera que, paralelo al deterioro benigno del adulto mayor, se da la evolución y desarrollo de otros aspectos que se mantienen a pesar de los decrementos, visión que ha llevado a hablar de envejecimiento exitoso, competente, positivo, saludable, funcional, satisfactorio, buen envejecer.

En su reciente clasificación de fortalezas y virtudes humanas, Peterson y Seligman consideran a la espiritualidad y la religiosidad como fortalezas del carácter. Se entienden la espiritualidad y religiosidad como el conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida.

Se trata de creencias acerca de un propósito y significado último del universo y del propio lugar en él, por lo que las personas que tienen esta fortaleza tienen una noción acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les da seguridad. Estas creencias son persuasivas, abarcadoras y estables, y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, los significados que construyen y las formas en que se interrelacionan con otros ⁽³⁰⁾.

Aunque no ofrece una definición de espiritualidad, muchos de los conceptos que asocia el envejecimiento positivo o con gracia, como la gratitud, la tolerancia, esperanza, bondad y generosidad, son aspectos que otros autores consideran como factores o elementos característicos de la espiritualidad y práctica clínica con adultos mayores. El papel que asumen ante las necesidades del paciente las distintas disciplinas se ha definido de modo que, aunque algunas tareas pueden traslaparse, otras funciones, dado su alto grado de especialización, permanecen bajo el dominio de su respectiva y específica profesión. No obstante, ninguna profesión puede apropiarse del campo espiritual, pues el paciente es quien demanda un espacio de intimidad espiritual a quien cree puede dárselo, sin importar su profesión.

Con base en los planteamientos anteriores, es posible sostener, por una parte, que la consideración de los aspectos espirituales de los adultos mayores en la atención clínica resulta de gran relevancia para una correcta comprensión de sus angustias, problema de sufrimiento, dadas las características que adquieren estas en los procesos de enfrentamiento a la muerte y de evaluación de sus vidas. Por otra parte, y para intervenir adecuadamente a los adultos mayores, incluyendo el trabajar con

espiritualidad, un requisito indispensable debe ser una adecuada formación profesional y personal que incorpore capacitación en la diversidad religiosa, a fin de asegurar competencia en esta área ⁽²⁹⁾.

Así mismo la gran parte de adultos mayores, encuentran mayor nivel de religiosidad en su fase espiritual y existe una menor ansiedad ante la muerte, ya que consideran que esto es debido al apoyo emocional y que las creencias ayudan a afrontar el miedo. A estos efectos benéficos de la religión habría que añadir el mayor apoyo que reciben aquellos ancianos que pertenecen a una comunidad ya sea religiosa o no.

- 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, coaptándoles 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 ⁽¹⁰⁾.

Erikson conceptualiza el desarrollo en la adultez como progreso y no como declinación, e incorpora la dimensión espiritual en su enfoque de la última parte de la vida. Para este autor, en la adultez mayor ocurriría un conflicto entre los polos de integridad y desesperanza. Se lograría la integridad en la medida que, al envejecer, la persona logra adaptarse a

los triunfos y desilusiones que implican haber dado vida a otros seres humanos y haber producido cosas e ideas, y se caracteriza por un sentimiento de seguridad y satisfacción acumulada de haber alcanzado un orden en el mundo y un sentido espiritual, que es la aceptación del propio ciclo de vida como algo que debía ser de esa manera ⁽³³⁾.

De esta manera, se puede sostener que en la medida que se investigue de modo científico respecto de las creencias espirituales de los adultos mayores y del papel que estas creencias y sus prácticas desempeñan en su proceso de adaptación al envejecimiento, se podrá contar con evidencia empírica acerca de un aspecto central en su proceso de envejecimiento, que, a su vez, desempeñan un rol en su salud y bienestar mental y físico, así como en sus necesidades ⁽³⁰⁾.

2.2.9. Autocuidado según las esferas del adulto mayor

A. Autocuidado de la espiritualidad

La espiritualidad puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, lo sagrado, lo divino. Resulta una aspiración profunda e íntima del ser humano, muchas veces descuidada desde la juventud, que busca la conexión y la trascendencia, a través de las obras o acciones que se produzcan a lo largo de la vida y, de esta forma, sean el legado que en la vejez refuerce el sentido de la existencia⁽³⁴⁾.

En el intento de practicar un autocuidado en lo espiritual, es posible que se quiera intentar muchas cosas. Se debe recordar que todo el mundo es diferente, por lo tanto, lo que funciona para unos puede que no funcione para otros. Asimismo, identificar las cosas en su vida que le dé un sentido de paz interior, alivio, fuerza, amor y conexión. Hacer del tiempo un espacio para hacer las cosas que lo ayudan espiritualmente. Estas pueden incluir el servicio comunitario o de voluntariado, rezar, meditar, cantar canciones devocionales, leer libros que lo inspiren, tomar caminatas en la naturaleza, tener tiempo a solas

para pensar, hacer yoga, jugar algún deporte o ir a algún servicio religioso ⁽³⁵⁾.

En cuanto a las creencias espirituales, inquietudes o preocupaciones que le pudieran estar ocasionando estrés hay que tratar de pedir ayuda. Cuando aprende a ejercitar la espiritualidad es inevitable que se tome conciencia de cuidar el cuerpo-, y cuando se dice cuidar el cuerpo; se es consciente del templo sagrado que es para el alma, entrando en un proceso de que nada ni nadie lo va a dañar. El adulto mayor sabe que vive la etapa de su vida en la que hay que arreglar muchas cosas que a lo mejor han quedado pendientes, perdones que haya que pedir y otorgar, expresiones de afecto omitidas y que ahora haya que compensar ⁽³⁶⁾.

Los adultos mayores que conviven con él (mejor si es la misma familia) tienen que saber brindarle las oportunidades necesarias para que todo quede en orden, para que el adulto mayor pueda recorrer sus propios procesos, se sienta acompañado en los momentos que lo requiera, y que cuando llegue el momento de la partida pueda hacerlo con la satisfacción de que todo ha quedado arreglado y bien arreglado.

B. Autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso

La gran mayoría de las personas puede mantenerse físicamente activas hasta una edad muy avanzada. Aunque padezcan algunas afecciones médicas, muchas son suficientemente sanas para desplegar diversas formas de actividad física. Según la Carta de Ottawa (1986), la OPS define la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, de tal forma que se constituye en el mejor recurso para el progreso personal, económico y social; y se considera una de las dimensiones fundamentales del ser humano ⁽³⁷⁾.

Hasta hace poco, el cuidado de la salud de las personas adultas mayores estaba relacionado con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y el mantenimiento de su salud física. Esta apreciación ve a

la persona adulta mayor como sinónimo de enfermedad y discapacidad. Bajo esta visión, se contempla la salud y su cuidado como una virtud y propiedad de la juventud de productividad y de belleza, de automatización y de vitalidad. En consecuencia, las personas adultas mayores son vistas como improductivas, incapaces, propensas a perder facultades fisiológicas, físicas, sociales, psicológicas e intelectuales. Por lo tanto, la práctica del cuidado se limitaba a la realización de las más elementales tareas de higiene ⁽³⁷⁾.

La actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento. Asimismo, es importante señalar que muchos de estos beneficios requieren que la participación sea regular y continua, y que esos beneficios puedan revertirse rápidamente si se retorna a la inactividad ⁽³⁸⁾.

El sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de toda persona. Es un periodo de inconsciencia relativa. Parece ser el momento en que el organismo se repara y recupera. Las funciones generalmente aceptadas del sueño son las denominadas de recuperación e integración. Dentro de sus repercusiones, la de privación del sueño puede provocar varios síntomas y enfermedades, con pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de atención, concentración, disminución de la coordinación motora, y de la capacidad de adaptación, irritabilidad, fatiga, intranquilidad, desorientación, confusión, depresión apatía y somnolencia. Como se puede observar, a pesar de los cambios en el patrón y estructura del sueño en el anciano, es anormal la presencia de insomnio y excesivo adormecimiento diurno, fenómenos que con anterioridad se aceptaban como algo inherente al envejecimiento ⁽³⁸⁾.

C. Autocuidado del autoestima

Se define como el concepto que se tiene sobre sí mismo. Sus determinantes pueden ser de dos categorías: externas o internas; es decir, el autoestima emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas del autoestima observados en el adulto mayor pueden ser asociados con cambios físicos, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales ⁽²⁵⁾.

D. Autocuidado en los roles sociales que enfrentan los adultos mayores

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales ⁽³⁵⁾.

Sin lugar a dudas, la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo. De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería ⁽³⁹⁾.

Los adultos mayores hoy en día juegan un papel en la sociedad muy importante. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales de los adultos que pueden conducir al aislamiento. Los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de autocuidado y para incorporar en su vida diaria el fomento de un bienestar integral. El autocuidado en esta dimensión lo convierte en el propio motor y con el apoyo familiar y la participación de la comunidad puede encontrar la solución a la mayoría de sus problemas; por ello, una comunidad saludable debe tomar parte activa en la promoción de la autosuficiencia con el fin de reducir la

dependencia, fomentando estilos de vida saludable a una edad temprana para evitar problemas de salud en la vejez ⁽²⁵⁾.

Actualmente, se hace hincapié en que los adultos mayores sigan contribuyendo a su comunidad, manteniéndose lo más activos que puedan, trabajando como voluntarios o adoptando un interés nuevo. A su vez, el entorno del adulto mayor, como la comunidad, se puede beneficiar de la sabiduría y las experiencias de vida de los adultos mayores, incluyéndolos en eventos de la comunidad, funciones sociales y otras actividades ⁽³⁸⁾.

2.3. Antecedentes de la investigación

Después de hacer una revisión bibliográfica en la Web, base de datos científicas y en bibliotecas, encontramos los siguientes estudios:

2.3.1. Internacional

Ruiz Vargas, Nancy V., en México, (2013), en su estudio “El modo de autoconcepto en el Adulto mayor: Un estudio fenomenológico”, cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender el modo de autoconcepto a partir de las experiencias vividas, observando un concepto real e identificando los factores que intervienen en la adaptación y que permitan interpretar el fenómeno de envejecimiento, fue un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico e interpretativo. El método de recolección de información fue a través de una pregunta orientadora de acercamiento con la experiencia vivida en el modo de autoconcepto del adulto mayor. Utilizó como método de análisis la entrevista y dos focos grupales. Resultado: El adulto mayor se percibe con falta de fuerza y dolor físico. Bajo su experiencia, menciona que desempeñó un buen rol en la familia y su ideal va encaminado al bien morir y al servicio de Dios. Conclusión: La adaptación en el modo de autoconcepto del adulto mayor está determinada por sus experiencias vividas en relación con la juventud, la familia y la religión.

El presente estudio hace referencia que los adultos mayores, a través de sus experiencias en su juventud, tuvieron un buen desempeño ante la familia y sociedad

teniendo presente siempre a Dios, porque en la actualidad, ellos se perciben sin fuerzas para continuar con su vida cotidiana ⁽⁴⁰⁾.

Fleet M. y colaboradores, en Brasil, (2012), en su estudio “La Deficiencia en el cuidado de los Ancianos institucionalizados”, cuyo objetivo fue identificar las deficiencias en el cuidado de ancianos institucionalizados. Estudio descriptivo para la recolección de datos. Se utilizó una entrevista semi estructurada con un enfoque en los factores condicionantes y los requisitos para los cuidados personales. Se aplicó a 24 ancianos. Los resultados reflejaron que las principales razones que los llevaron a institucionalizarse fueron, ausencia de familiares, falta de disponibilidad de servicios asistenciales, y la necesidad de vivir en un ambiente en paz y libre de conflictos. El déficit de autocuidado estaba relacionado con los siguientes factores: hidratación, eliminación, sueño y descanso, el mantenimiento en la salud, la interacción social, los cambios en el ciclo de vida, el control de los problemas de salud crónicos. A partir de las demandas y /o autocuidado, las necesidades identificadas, el sistema de apoyo de Dorothea Orem apoyará las intervenciones de enfermería dirigido a las personas mayores a participar del autocuidado.

En este estudio los resultados sugieren que todas las unidades de salud, deben promover prácticas saludables, con el fin de incentivar el autocuidado y condicionarlos a pensar sobre sus vidas, lo que favorece a través del ejercicio y otros estilos de vida. De esta forma, mejora las necesidades de los individuos. El cuidado de enfermería se torna mejor a través de la promoción, recuperación y rehabilitación, lo que da autonomía social al individuo ⁽³³⁾.

Millán Méndez, I. Cuba, (2010), en su estudio: “Evaluación de la capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto mayor en la comunidad” con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad, fue un estudio descriptivo, de un universo de 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un instrumento

diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente. Existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%: un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes, cuyo nivel de autocuidado es inadecuado, el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante, la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado. Los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud.

Este estudio refleja que, no obstante, la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, no existen diferencias en el nivel de autocuidado entre hombres y mujeres. A mayor edad de la persona, menor es su capacidad funcional y, por ende, su nivel de autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos ⁽⁵⁾.

Murillo H, Andrea, en México, (2009), en su estudio: "Influencia de la práctica del ejercicio en la Funcionalidad física y mental del Adulto mayor", cuyo objetivo fue evaluar la funcionalidad física y mental en una población de adultos mayores que realizan y no realizan ejercicio. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo con una muestra de 60 adultos mayores de la zona suburbana del Estado de México. Se integraron dos grupos de 30 personas cada uno. Se efectuó evaluación por medio de una encuesta y la aplicación

de 6 instrumentos (escalas de actividades y funcionalidad física y mental). Los datos se analizaron con medidas descriptivas. Resultados: El total de los sujetos que realizan ejercicio son funcionales para las actividades de la vida diaria el 100% no presenta depresión. En las edades de 70 a 79 años, el 70% no presenta deterioro mental y 30% presenta un deterioro leve. De los sujetos que no realizan ejercicio, se observó que el 4% del grupo de edad entre 60 y 69 años es dependiente en las actividades de arreglo personal y caminar en un cuarto pequeño. Asimismo el 83%, con depresión, 50% no presenta deterioro mental; 33%, deterioro leve, y el 17%, con deterioro grave.

A través de este estudio se evidencia que el ejercicio ha tenido gran importancia para la salud por los beneficios que aporta en todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano. La inactividad física está asociada a diversas enfermedades crónico-degenerativas y a la pérdida de la funcionalidad, razón por la cual, una de las metas de la enfermería en geriatría es mejorar la calidad de vida del anciano con programas de educación y promoción para el autocuidado donde se incluya el ejercicio ⁽⁴¹⁾.

Rodríguez H, Lyemai y colaboradores, en Cuba, (2011), realizaron un estudio sobre “Estrategia de intervención de enfermería, en programa de Autocuidado en personas mayores”, con el objetivo de desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida. El método que utilizaron fue cuantitativo transversal de tipo descriptivo. La población estuvo constituida por 243 pacientes ancianos. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron:

La educación en el adulto mayor constituye en nuestros días un proceso de gran importancia, con ella pueden lograrse un mejor estilo de vida en las personas mayores, donde exista un adecuado autocuidado, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar ⁽⁴²⁾.

2.3.2 Nacional

Roldan M, Angie; Lima-Perú, (2007), en su estudio: “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad hermanitas descalzas”, cuyo objetivo fue comprender las vivencias del Adulto mayor frente al abandono de sus familiares, lo cual fue posible que lograra con el fenomenológico. El tipo de estudio fue cualitativo, descriptivo e interpretativo, cuya muestra estuvo conformada por diez personas adultas mayores. La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad. La conclusión fue que entre las vivencias del adulto mayor este es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa, y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, estos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos; por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que, en la mayoría de los casos, es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante.

Se concluyó en este estudio que los adultos mayores son abandonado por parte de sus familiares, además que ellos son conscientes por la etapa de vida que están atravesando tratando de comprender lo que están pasando, no sintiendo ningún sentimiento negativo hacia sus familias, siendo uno de los motivos el factor económico, ya que ellos solo tiene presente a Dios pidiéndole que le de fuerzas para seguir adelante ⁽¹⁵⁾.

Manrique H, Dina; Lima-Perú, (2010), el presente estudio “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores, usuarios del centro de salud Conde De La Vega baja”, tiene como objetivos generales determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas; como objetivos específicos identificar las áreas críticas de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, identificar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el

autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en las dimensiones biológica y psicosocial. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Likert modificada. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica es medio; y en la dimensión psicosocial es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica es de indiferencia; y, en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación. La conclusión fue:

El estudio refleja que el nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre la satisfacción de sus necesidades está interrelacionada con las dimensiones biológica, psicosocial, lo cual es importante estudiarlas desde este enfoque para lograr un envejecimiento saludable⁽³⁸⁾.

Cachi-Llanos Helen y colaboradores, Lima-Perú, (2012), en su presente estudio “Factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del Adulto mayor”, cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor, material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Asentamiento Humano Tiwinza, Puente Piedra, en una población que tuvo como muestra 30 adultos mayores. Se utilizó un cuestionario estructurado confiable y válido. Se empleó como técnica la entrevista, la cual fue aplicada en el domicilio del adulto mayor previo consentimiento informado. En el análisis se utilizó la prueba de independencia de criterio (prueba de chi cuadrado), con un $p < 0,05$ e intervalo de confianza de 95%. Resultados: se

encontró que ser mayor a 76 años de edad, vivir con familia y tener apoyo familiar y los beneficios percibidos están relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor. Conclusiones: la participación de las personas de edad en el club del adulto mayor se relaciona con la edad, el vivir con familia, el apoyo familiar y los beneficios percibidos. El diseño metodológico fue: un estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores que cumplieron con los criterios de selección. Para la recolección se utilizó como técnica la entrevista, y como instrumento el cuestionario estructurado

El cuidado de enfermería debe estar centrado en el desarrollo de programas de educación para la salud, prevención de las complicaciones, así como el mantenimiento de la capacidad física y mental de los adultos mayores. La participación de estas personas en el club, está ligada a actividades que contribuyen a que el adulto mayor se mantenga activo tanto en su proceso de socialización como en la participación de actividades que prevengan la invalidez, la soledad y el deterioro físico y mental. Para ayudar al adulto mayor a mantener o adquirir su máximo grado de autonomía, la enfermera debe promover que estas personas participen en las actividades del club del adulto mayor. El estudio se realiza con el objetivo de identificar los factores relacionados con la participación de los adultos mayores ⁽⁴¹⁾.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

- Conocer las vivencias del autocuidado del Adulto mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel–Carabayllo.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer las vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Espiritual

- Conocer las vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Biológica
- Conocer las vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Social
- Conocer las vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Psicológica

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo – Diseño de investigación

El estudio de investigación “Vivencias de autocuidado de los adultos mayores de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel-Carabayllo” es de enfoque cualitativo, porque nos permite identificar y codificar los datos, ya que se conducen básicamente en ambientes naturales, donde los participantes se comportan como lo hacen en su vida cotidiana, y es interpretativo porque las variables no se definen con el propósito de manipularse ni de controlarse experimentalmente, y las preguntas de investigación no siempre se han conceptualizado ni definido por completo. Además, la recolección de los datos está fuertemente influenciada por las prioridades de los participantes en la investigación, más que por la aplicación de un instrumento estandarizado, estructurado y predeterminado ⁽⁴⁴⁾.

De tipo fenomenológico porque considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y ponen énfasis en su experiencia vivida.

Ya que en este estudio se observaron los eventos y actitudes cotidianos, tal como sucede en la realidad, los resultados han sido transcritos y analizados, puesto que los datos fueron recolectados en un determinado tiempo y espacio.

3.2. Unidad de análisis

Son las vivencias del autocuidado del adulto mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel-Carabayllo.

3.3. Escenario/Sede

El presente estudio se llevó a cabo en la “Asociación Comunitaria del Adulto Mayor de la Urbanización Santa Isabel del distrito de Carabayllo”, dicha

Asociación, que está constituida por 90 adultos mayores inscritos, busca promover la participación de las personas adultas mayores, mediante talleres educativos y recreativos.

3.4. Participantes/Sujetos de Estudio

Para este estudio se escogió a 10 adultos mayores voluntarios de ambos sexos, a los cuales se les consideró los siguientes criterios:

3.4.1. Criterios de Inclusión:

- A. Adultos mayores de 60 años a más
- B. Adultos mayores que pertenezcan a la Asociación Comunitaria del Adulto Mayor, Urbanización Santa Isabel
- C. Adultos mayores orientados en tiempo espacio y persona que acepten participar en la investigación previa firma de consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de Exclusión:

- A. Adultos mayores que no vivan en la jurisdicción
- B. Adultos mayores que no estén orientados en tiempo, espacio y persona
- C. Adultos mayores con Demencia senil
- D. Adultos mayores que se niegan a participar de la entrevista para la investigación

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En base al objetivo del estudio y el enfoque metodológico, se seleccionó para la recolección de información cualitativa la siguiente técnica e instrumento:

3.5.1 Técnica:

- A. La entrevista semi-estructurada
- B. Foco grupal, compuesto por 10 participantes.

3.5.2 Instrumento:

Es una guía de preguntas orientadas, elaboradas por las autoras de investigación, cuyos ítems fueron realizados de acuerdo a las dimensiones del estudio de investigación; las herramientas utilizadas fueron el diario de

campo, audio, video-grabadora, cámara fotográfica, radio, material visual por cada dimensión, etc. (Anexo A).

3.5.3 Entrevista semi-estructurada:

Incluye una definición de áreas generales que se abordó con todos los entrevistados sin que se especifiquen necesariamente los mismos planteamientos para todos, pero sí los mismos temas. El objetivo de este instrumento es recopilar información cualitativa sobre el grupo poblacional. Además, la entrevista se diseñó en forma de guión con preguntas abiertas, lo cual permitió que los entrevistados den información detallada sobre el tema en cuestión a investigar ⁽⁴⁵⁾.

La sesión se iniciará con una dinámica y luego las investigadoras procederán a realizar las preguntas en relación a cada Esfera.

A. Esfera Biológica

¿Qué hace usted para cuidar su salud o estado físico?

B. Esfera social

¿Qué hace usted para cuidar su bienestar social?

C. Esfera Psicológica

¿Qué hace usted para cuidar su salud mental?

D. Esfera Espiritual

¿Qué hace usted para cuidar su bienestar espiritual? (Ver anexo A).

3.5.4. Etapas:

A. Exploratoria para obtener información del sujeto y entender su percepción.

B. Resolutiva: Dar/compartir información y acordar un plan de actuación.

3.5.5. Entrevistas semi-estructurada

Taylor menciona que, a diferencia de la entrevista estructurada, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. La expresión “entrevistas en profundidad” se refiere a este método de investigación cualitativo. Por entrevistas cualitativas en profundidad

entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El rol implica no solo obtener respuestas, sino, también, aprender que preguntas hacer y cómo hacerlas ⁽⁴⁴⁾.

3.5.6. Grupo Focal

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. Se han dado diferentes definiciones de grupo focal; sin embargo, son muchos los autores que convergen en que este es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular.

El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes; esto no sería fácil de lograr con otros métodos. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo.

La diferencia entre un grupo focal y una entrevista grupal consiste en que, en esta última, se entrevista a un grupo de personas al mismo tiempo; además, la entrevista hace énfasis en las preguntas y respuestas entre el investigador y los participantes. Por otra parte, el grupo focal se centra en la interacción dentro del grupo, la cual gira alrededor del tema propuesto por el investigador; además, los datos que se producen se basan en la interacción ⁽⁴⁵⁾.

De esta manera, Acosta Quiroz, en su estudio: “Actividades de la vida diaria en los adultos mayores” sostiene que la experiencia de dos grupos focales muestra la satisfacción con la vida actual como adulto mayor en un estudio cualitativo en el cual encontró una amplia variedad de actividades de índole independiente como lavar, asear y cocinar actividades recreativas mentales

como ver televisión y bordar, actividades recreativas físicas como bailar actividades sociales entre las que se encuentra ir a misa y, por lo último, actividades de protección de la salud entre las que se encuentra la alimentación saludable ⁽⁴⁰⁾.

El objetivo de los grupos focales es recolectar información para resolver las preguntas de investigación.

A. Duración de las sesiones:

La recomendación hecha por varios investigadores respecto a la duración de cada sesión de los grupos focales está en un rango entre 1 y 2 horas. Esta recomendación se relaciona con el hecho de que el proceso requiere tiempo para las observaciones de la apertura y del cierre de la sesión, además de la capacidad de las personas para mantener la atención ⁽⁴¹⁾.

Antes de iniciar esta etapa, se realizará un proceso de afinamiento para la recolección de la información, con el fin de hacer una aproximación inicial al proceso de recolección y análisis de datos y así lograr homogeneidad, secuencia y congruencia en el proceso, antes de hacer el estudio definitivo.

A continuación, se describe el proceso que se siguió para la selección de los posibles participantes del estudio, este proceso se describe a continuación:

- Primera fase: Antes de iniciar la recolección de datos, se ubicó el lugar de proyecto de estudio de investigación (Asociación Comunitaria del Adulto Mayor coordinando con la presidenta Sra.: Delia Ojeda Ojeda).
- Segunda fase: Presentación de carta autorización, emitida por la Universidad de Ciencias y Humanidades, a fin de obtener la información pertinente

- Tercera fase: Confirmación, aceptación y colaboración de la Sra. presidenta de la asociación comunitaria del adulto mayor y asociados.
- Cuarta fase: Recolección de datos a través de la entrevista semi estructurada que se aplicará en el mes de Marzo.
- Quinta fase: Realizar el foco grupal a la población seleccionada de 5 a 15 participantes y se plasmará según plan establecido (Anexo B).

3.6. Técnica de procesamiento y método de análisis

Luego de la recolección de información, estos fueron transcritos de forma manual según Esfera desarrollada en el foco grupal. A partir de estas, se aplicó códigos a cada nombre de los participantes con nombres de flores (seudónimos). Luego pasamos a seleccionar las palabras claves de cada Esfera.

3.6.1. Etapas de Análisis fenomenológico:

Las etapas del método fenomenológico. Para la realización de estos estudios de corte cualitativo se recurren a las siguientes etapas: descriptiva, estructural y de discusión.

A. Etapa descriptiva

El objetivo de esta etapa es lograr una descripción del fenómeno de estudio, lo más completa y no prejuiciadamente posible, que refleje la realidad vivida por la persona, su mundo, su situación en la forma más auténtica. Consta de varios pasos:

- Elección de la técnica o procedimiento: Aquí se pretende lograr la descripción lo más exacta posible utilizando varios procedimientos.
- La observación directa o participativa: En los eventos vivos (se toman notas recogiendo datos, pero siempre tratando de no alterarlos con la presencia del investigador.
- La entrevista coloquial o dialógica: Con los sujetos de estudio con anterioridad a esta etapa, se deben de estructurar en partes

esenciales para obtener la máxima participación de los entrevistados y lograr la mayor profundidad de lo vivido por el sujeto. La Guía de preguntas norteadoras debe ser parcialmente estructurada, abierta y flexible, de tal manera que se adapte a la singularidad de cada sujeto en particular.

La aplicación de la técnica o procedimiento seleccionado toma en cuenta lo siguiente: Que nuestra percepción aprende estructuras significativas; generalmente vemos lo que esperamos ver; los datos son casi siempre para una u otra hipótesis; nunca observamos todo lo que podríamos haber observado; y la observación es siempre selectiva y siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos: las teorías influyen en la determinación de los datos, tanto como estos en el establecimiento de las teorías. No obstante, la puesta en práctica de estas consideraciones, como cualquier intento de una objetividad rigurosa, es muy difícil, imposible de realizar con tanta pureza, aunque para lograrlo se requiere de una considerable aptitud, entrenamiento y autocrítica.

- Elaboración de la descripción protocolar: Un fenómeno bien observado y registrado no será difícil de describir con características de autenticidad, cumpliendo con los siguientes presupuestos: que reflejen el fenómeno o la realidad tal como se presentó, que sea lo más completa posible y no omita nada que pudiera tener relevancia para el estudio, que no contenga elementos “proyectados por el observador”, ideas suyas, teorías consagradas, prejuicios propios o hipótesis plausibles, que recoja el fenómeno descrito en su contexto natural, en su situación particular y el mundo propio en que se presenta, y que la descripción efectuada aparezca como una verdadera “ingenuidad disciplinada”.

B. Etapa estructural

En esta etapa, el trabajo central es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos. Estos están constituidos de varios pasos entrelazados, y, aunque la mente humana no respeta secuencias tan

estrictas, ya que en su actividad cognoscitiva se adelanta o vuelve atrás con gran rapidez y agilidad para dar sentido a cada elemento o aspecto, sin detenerse en cada uno, los ve por separado, de acuerdo a la prioridad temporal de la actividad en que pone énfasis, es recomendable seguir la secuencia de estos para tener un mejor análisis de los fenómenos estudiados. Los pasos son los siguientes:

- Primer paso: Lectura general de la descripción de cada protocolo
- Segundo paso: Delimitación de las unidades temáticas naturales
- Tercer paso: Determinación del tema central que domina cada unidad temática
- Cuarto paso: Expresión del tema central en lenguaje científico ⁽⁴⁶⁾.

C. Etapa de discusión

En esta etapa se intenta relacionar los resultados obtenidos de la investigación con las conclusiones o hallazgos de otros investigadores para compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes. De este modo, es posible llegar a una mayor integración y a un enriquecimiento del “cuerpo de conocimientos” del área estudiada. Como se podrá observar, la fenomenología, lejos de ser un método de estudio, es una filosofía para entender el verdadero sentido de los fenómenos, pero con una secuencia de ideas y pasos que le dan rigurosidad científica ⁽¹⁸⁾.

- Codificación abierta: Consiste en la primera etapa del proceso de análisis de los datos, realizada manualmente, mediante lecturas de las entrevistas, sometiéndolas al proceso de codificación, línea por línea, en la cual son manifestadas palabras o frases que expresan la esencia del discurso de los declarantes. Se trata de una lectura tentativa, a partir de las palabras, frases, párrafos y/o gestos, provenientes de las entrevistas. El investigador examina, reflexiona, compara y conceptualiza. Para cada dato bruto (fragmento de la entrevista), se atribuyen palabras/expresiones, formando los códigos preliminares. De modo didáctico, esa etapa consiste en ‘abrir’ el texto

(datos brutos), posibilitando interacción más próxima entre los datos y el investigador ⁽²³⁾.

- Codificación selectiva: El proceso de codificación tiene por objetivo la reducción de los datos, la cual, envuelta por el proceso de codificación, es fundamental para llegar a la teoría. A ese respecto, algunos autores esclarecen que “la reducción de las categorías es el medio de limitar la teoría emergente [...], formular la teoría con un grupo pequeño de alta abstracción, delimitando la terminología y texto ⁽⁴⁸⁾.

“El proceso de análisis consiste en conceptualizar los datos recolectados. Esos datos, inicialmente, constituyen códigos preliminares, pasando a códigos conceptuales y, posteriormente, a categorías, y las categorías pueden convergir a fenómenos. La categoría puede ser una palabra o un conjunto de palabras que designa nivel elevado de abstracción, en cuanto los códigos son conceptos que también pueden ser expresados por palabras o siglas que, en conjunto, desvelan el carácter abstracto constituyendo las categorías. Y una categoría puede volverse fenómeno, lo cual constituye representaciones características comunes que conducen a la teoría ⁽²³⁾.

- Codificación axial: Procura ejecutar un profundo análisis sobre una categoría y descubrir las interacciones y relaciones entre ella y otras categorías o subcategorías ⁽⁴⁷⁾. Una vez realizada la codificación abierta, los códigos provenientes de esa son reagrupados de nuevas formas, originándose los códigos conceptuales.

El objetivo es reorganizar los códigos en nivel mayor de abstracción. Así, nuevas combinaciones son nuevamente establecidas de modo a formar las subcategorías que, por su vez, serán organizadas componiendo categorías de tal forma que se inicia la formación de conexiones, primando por explicaciones precisas de los hechos de la escena social ⁽²²⁾.

3.7. Plan para el trabajo de campo

3.7.1 Prueba piloto

- A.** Se solicitó la autorización de la Universidad para realizar la prueba piloto, con población de características similares al estudio.
- B.** Se coordinó con la asesora responsable y participantes para la recolección de datos del piloto
- C.** En el mes de Abril 2014, se realizó la recolección de datos para el piloto.

3.7.2. Fases para la realización del foco grupal

A. Fase 1: Autorización para recolección de datos

Para la realización del estudio se solicitó una carta de presentación al coordinador académico de la facultad de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades para enviársela al sr. Félix Ugarte Meléndez, solicitando la autorización para que nos permita realizar el foco grupal en la Asociación Comunitaria del Adulto Mayor – de la Urbanización Santa Isabel.

B. Fase 2: Coordinaciones para la recolección de datos

Se coordinó con el presidente de la Asociación comunitaria Sr. Félix Ugarte para la aplicación (foco grupal) del estudio de investigación.

C. Fase 3: Aplicación de la técnica de la investigación

Se realizó el foco grupal durante el mes de mayo. Los adultos mayores fueron citados para ese día en la asociación comunitaria previa coordinación con la presidente, constituida por 10 participantes voluntarios que reunían todas las características del estudio. El tiempo estimado para la aplicación del foco grupal fue aproximadamente de 90 minutos.

3.8. Aspectos éticos

Para la ejecución del estudio se realizaron las gestiones administrativas con el presidente de la Asociación Comunitaria del Adulto Mayor para contar con su respectiva autorización

A los adultos mayores que participaron se les solicitó su consentimiento informado para poder desarrollar el foco grupal. Se les brindó información acerca de la finalidad del estudio, los objetivos, el método a aplicar, el tiempo estimado. Asimismo, se les explicó que podrán retirarse en cualquier momento que lo deseen. Sin que por ello se resulten perjudicados, se respetó la autonomía y confidencialidad.

Estos aspectos éticos son:

3.8.1 Principio de No Maleficencia

Se comprende a la no realización de acciones que puedan causar daño o perjudicar a otras personas dentro del ámbito de la vida humana. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia. El principio de no maleficencia tiene varios puntos como: Tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre las vivencias o experiencias de cada uno de los adultos mayores pertenecientes a la asociación.

3.8.2 Principio de Justicia

Se consideró a cada uno como corresponde, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.).El principio de justicia puede desdoblarse en dos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica, esfuerzo personal, etc.).Las políticas públicas se diseñan de acuerdo con ciertos principios materiales de justicia.

Para excluir cualquier tipo de arbitrariedad, es necesario determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta para determinar el

tratamiento que se va a dar a cada uno. Pero cuando los principios de beneficencia y de autonomía entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos.

3.8.3 Principio de Autonomía

Se respetó el principio de autonomía de que cada uno de los participantes tenía el derecho de retirarse o continuar del estudio. De esta manera, es la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma.

3.8.4 Principio de Beneficencia

Al finalizar el estudio, se les otorgará a la Asociación una copia del estudio de investigación. De igual forma, es tratar a las personas de una manera ética. Ello implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte como obligación.

En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: Uno, no hacer daño; y, dos acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles; así mismo, se refiere en general a la obligación de realizar el bien (no solo desearlo), destinada a prevenir y eliminar el daño y a promover el bien, así como lograr un balance positivo. En medicina implica realizar un balance positivo entre bienes y daños, maximizar los beneficios y minimizar los daños de sujeto ⁽⁴⁸⁾.

3.8.5 Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un documento legal en el que una persona acepta o rechaza participar de una investigación, conociendo los alcances, beneficios, o desacuerdos que se puedan presentar durante el desarrollo de

la misma. El objetivo de este trabajo es reunir las características del proceso de consentimiento informado para que su discernimiento y cumplimiento posibilite el ejercicio dialógico, reflexivo y responsable del investigador. Se presentan los resultados de una extensa revisión de sus componentes hasta su fundamento ético y legal, incluyendo los mitos y realidades que existen sobre el formato de consentimiento informado como recurso legal de protección. (Anexo C)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

A continuación, se exponen los resultados de contenido verbal de los focos grupales y de las entrevistas videos grabados. El tiempo promedio de duración fue de una hora y media por cada foco grupal y de una hora para la entrevista semi-estructurada. Los resultados revelaron las Vivencias de autocuidado que tienen los adultos mayores de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel, los cuales se expresaron en 200 códigos, que permitieron establecer finalmente cuatro categorías:

- Vivencias de autocuidado espiritual en el adulto mayor vinculado a la creencia, la religión y prácticas de valores
- Vivencias sociales del adulto mayor como estrategia de autocuidado personal vinculado a la participación activa y comunicación
- Vivencias de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso
- Vivencias de autocuidado que repercuten en la psicología del adulto mayor para evitar sentirse solo y aislado socialmente

A continuación, se describirán los resultados según categorías:

De las cuatro categorías identificadas en el estudio, la que predominó, en el énfasis de las vivencias, fue el de la Esfera espiritual, porque los adultos mayores tienen una mayor consideración a Dios en todas las circunstancias de sus vidas, seguido de la Esfera social, porque les gusta estar relacionados con otras

personas, ya sean amigos y familia para compartir momentos de alegría, felicidad y respeto, seguido de la biológica, los adultos mayores muestran una actitud favorable con respecto a su cuidado personal, nutricional y físico, en la Esfera Psicológica, sus vivencias van a depender de esta etapa de vida y cuan útil pueden ser para la sociedad.

1.-Vivencias de autocuidado espiritual en el adulto mayor vinculado a la creencia, la religión y práctica de valores.

En esta categoría encontramos al adulto mayor de esta asociación, que, en su mayoría, son creyentes, tienen demasiada fe en DIOS y es por ello que agradecen por su salud.

“Bueno, yo soy católico, Apostólico, Romano y Ayacuchano a la vez. Yo soy de las personas muy creyentes. Creo en Dios, en Jesucristo en la virgen María. Pienso que debemos tener mucha fe en Dios, hace lo imposible por nosotros, nos cuida la salud y conserva bien” (Clavel: F1-9).

“Si soy católica, toda la familia en mi casa son católicos. Si usted pregunta si van a misa le podría decir que sí, pero sería mentir que siempre voy a misa, yo rezo en mi casa” (Hortensia: F1-10).

“Bueno Dios es el rey supremo. Dios fundó el cielo y la tierra, todo lo que hay, querer a sus semejantes como a uno mismo no mentir, no ser egoísta, no ser ostentosa y a Dios le agrada la humildad” (Hortensia: F1-10).

Además a una cierta edad, se evidencia que la gran mayoría de adultos mayores refieren vivir en tranquilidad y evitar el sufrimiento. Piden a Dios que les den fortaleza para enfrentarse a las adversidades que presentan en su vida diaria.

“Para algo Dios me estará alargando los años de mi vida. En julio voy a cumplir 91 años. Yo ya quisiera dormir, pero el Señor no quiere que duerma. Pido a Dios que me de fuerza con su milagro para poder soportar todo esto, para poder recibir los milagros” (Hortensia: F1:51).

Aquí los adultos mayores manifiestan su fe en Dios y agradecen por generar alivio en su salud y sentirse bien.

“Yo soy cristiana. Creo en Dios, en su hijo y en el señor Jesús por él estamos acá todos los días con mucha fe”(Jazmín: F1-14).

“Voy a misa y así me siento bien. Eso alivia muchas cosas” (Aleli: F1-3).

Los adultos mayores también consideran que la espiritualidad se evidencia al no hacer daño a los demás esto les permite cuidar su salud espiritual, dando buen comportamiento a las personas que les rodea como familia, comunidad, amigos y niños, generándoles paz espiritual.

“Primero, para cuidar la salud espiritual de una persona, entiendo que no se debe hacer daño a nadie; en segundo lugar, estimarse a uno mismo para que así estimándose también estime a sus vecinos, amistades, a su familia, da el ejemplo en los niños de buen comportamiento” (Clavel F1 – 6).

“Qué le puedo decir, como le dije hace un momento, es bueno no hacer daño a nadie y llevarse bien con todos para tener una paz espiritual” (Orquídea F1-11).

Asimismo, se evidencia que en su vivir diario destacan para ellos tener buenas relaciones interpersonales entre amigos, familiares, comunidad, porque repercuten generando bienestar espiritual consigo mismo.

“Me llevo bien con todos y principalmente con mis amigos y familiares. Eso es importante. Te sientes bien espiritualmente” (Amapola: F1-7).

2.-Vivencias sociales del adulto mayor como estrategia de autocuidado personal vinculado a la participación activa y comunicación con amigos y familiares

Los adultos mayores, relacionan sus vivencias grupales con sentimientos de felicidad, alegría y respeto, porque comparten con sus compañeros y amigos. Estos espacios los hacen sentirse más humanos, con mayores ganas de ayudar al prójimo, y más compasivos.

“Nosotros también a veces participamos en diferentes actividades cuando somos invitados por la municipalidad o por otro grupo de adultos mayores, llámese “La flor”. Tantas asociaciones que tenemos, vamos y compartimos momentos de alegría” (Clavel: F1-28).

“Salimos de paseo porque la municipalidad nos invita, también en otras actividades, como almorzar a un restaurant. Si se trata de tomar vino tomo si no, no”. (Clavel: ES-189).

De igual forma, la comunicación entre adultos mayores está ligada a sus historias de vida y con ellas a sus experiencias, actuaciones, intereses, emociones y vivencias culturales.

“Siempre estoy en constante comunicación con mis amigos. Como Uds. Saben, aquí nos reunimos los martes, en mi condición de presidente” (Clavel F1-188).

“Algunos momentos conversamos de las actividades que realizamos nosotros y tratamos de que entre nosotros haya comunicación y concordancia” (Hortensia F1: 29).

De igual manera, la importancia que tiene para el adulto mayor la participación con los amigos es parte de su recreación. Esto les genera afectividad e integración al reunirse con ellos.

“Me reúno con mis amigos solo acá en la asociación los martes” (Clavel F2-126).

“Estoy con mis amigos siempre en reuniones, pero si cuando hay algún motivo familiar nos reunimos, también cuando me invitan mis amigos del barrio” (Tulipán F2-121)

“A los viejos solo los veo en la asociación, salgo con mis amigos, asisto a reuniones sociales” (Clavel ES-185).

Las relaciones familiares, en primer lugar, son generalmente una fuente de satisfacción. Para este grupo poblacional, a pesar de que en la familia actual no conviven, los lazos afectivos se conservan. Aunque las visitas y reuniones con ellos no sean frecuentes. El apoyo de los hijos y de la pareja siguen siendo parte de las relaciones humanas.

“Bueno, con mis familiares me reúno cada cierto tiempo, porque a veces no se les puede visitar” (Hortensia F2-131).

“Mi familia me visita de vez en cuando por que trabajan” (Rosa F2-128).

“Bueno, yo vivo, casi con todos mis hijos y mi esposo aunque al resto de la familia la veo a las quinientas” (Amapola F2-132).

3.-Vivencias de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso

Los adultos mayores en esta categoría consideran que las verduras son un alimento esencial, en las comidas porque creen que son un aporte saludable a su alimentación diaria.

“Las verduras, la carne consumo poco, las verduras a veces en el desayuno, almuerzo, a veces una ensaladita con pollo desmenuzado, frutas muy poco, mas consumo de pescado y pollo” (Pensamiento F2-62).

“Verduras y frutas en la sopa si, mas consumo pollo, pescado, carne, poco” (Tulipán F2-64).

Aquí los adultos mayores en esta categoría le dan importancia al cuidado de la actividad física como el taichí y el baile, pues consideran que estas actividades contribuyen a mantenerse bien.

“El taichí es importante para la salud y bienestar. Es que eso desestrea y te anima para vivir” (Clavel: E-184).

“Bailar, hacer taichí, es importante para el adulto mayor porque ahí uno se siente más ágil o da ganas de hacer otras cosas para estar en actividad” (Hortensia F2-116).

De esta forma, en esta categoría los adultos mayores consideran importante el aseo como parte de su cuidado personal, porque les genera frescura y bienestar. Sin embargo, destacan algunos que esta vivencia no necesariamente es del día a día.

“Realizo baños completos, con agua fría a las 5 am todos los días, como voy a terapias me atienden señoritas, por eso me baño” (Clavel: ES-181).

“Yo me baño cada tres días con agua calientita porque ahora está haciendo frio, pero en el verano todos los días ahora si cada tres días” (Hortensia F2-96).

“Yo me baño cada tres días porque el baño es necesario para la salud uno se siente contento, relajado y mucho más y me baño con agüita tibia porque está haciendo mucho frio con un jabón hidratante, pero no crema solo eso” (Rosa F2-97).

Además los adultos mayores toman en cuenta que el descanso para el cuerpo es primordial. Es por ello que muchos a esa edad se van a descansar temprano para sentirse con energías.

“Duermo a las nueve y me levanto a las 5 o 6 de la mañana para hacer el desayuno para ir a trabajar” (Rosa F2-84).

“A las 4 a.m. ya estoy despierto. Tomo mi desayuno a las 7 a.m.” (Clavel F2-178).

“Estoy levantada desde las 6.00 de la mañana aunque parezca mentira, pero temprano me acuesto” (Hortensia F1-26).

“Cuando duermo de día a partir de las 4 am estoy levantado a las 9 p.m. Veo noticiero y me voy a la cama” (Clavel ES-176).

4.-Vivencias y condiciones de auto cuidarse que repercuten en la psicología del adulto mayor, para evitar sentirse solo y aislado socialmente.

Según esta categoría, cuando el adulto mayor llega a una cierta edad, se siente solo, abandonado por la familia y la sociedad, generando en ellos un sentimiento de tristeza.

“En algunas veces si llega el ser humano que se siente triste y solo y se debe comunicar a la persona de tu familia, pero la mejor manera es estar juntos aquí señorita” (Tulipán F2- 152).

Con el pasar del tiempo, el adulto mayor sufre cambios propios de su edad necesitando del apoyo familiar frente a la indiferencia de la sociedad. Esto se debe a muchos factores: como alejarse de la vida laboral en la que le genera preocupación por el insuficiente salario, que no le permite vivir dignamente, alterando su bienestar personal.

“A una edad ya avanzada donde de repente ya da mucha preocupación a la familia por muchos factores que se tiene como enfermedades: las personas que se preocupan en primera instancia son mis hijos que viven conmigo, pero ellos tienen que trabajar, y hay que comunicar si te sientes mal” (Tulipán: F2-151).

“No me siento satisfecho con el sueldo que percibo porque me parece que es un engaño no solo a mí si no a muchos según cuando yo me jubilé se dijo que con 20 años de aportación y era 60 años y 20 de

aportación en lo cual trabajé a hasta los 65años” (Pensamiento: F2-149)”.

“Mi sueldo que percibo me alcanza con las justas, pero como no tengo mayores gastos, ya mis hijos están casados, con mi esposa hacemos que alcance el sueldo” (Pensamiento: ES -192).

“Con 20 años te iban a pagar el 100% total que ahora ni siquiera me pagan la tercera parte por eso estoy recontra molesto y muy preocupado porque no alcanza la jubilación para vivir dignamente. Eso preocupa a cualquiera” (Tulipán: F2 -150).

4.2. Discusión

En este estudio se describen los hechos de las vivencias que manifestaron los adultos mayores entrevistados de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel, de los cuales fue posible analizar e interpretar la realidad del fenómeno estudiado. Al culminar el proceso de la recolección de datos, las herramientas utilizadas fueron: videos, audios, imágenes, etc. Tanto para la entrevista semi-estructurada y de los dos focos grupales realizados.

Según la (O.M.S), se considera al adulto mayor a quienes tienen una edad mayor o igual a 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años en países desarrollados. En este sentido, las personas mayores desempeñan un papel cada vez más importante a través del trabajo voluntario, transmitiendo su vivencia y conocimientos, cuidando a sus familias y con una creciente participación en la fuerza laboral remunerada. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial ⁽¹⁾.

El Ministerio de Salud, dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

El adulto mayor al atravesar los años, sufre cambios importantes dentro de su fisiología, en lo psicológico, social y espiritual él se enfrenta a una sociedad competitiva, globalizada, con cambios estructurales en la familia, y en su cotidianidad enfrentan muchos retos, por ejemplo, la indiferencia de la sociedad,

de las políticas de salud, etc. El pilar básico para el adulto Mayor es la familia, que muchas veces es indiferente, sin compromiso en su cuidado, por lo cual este adulto mayor se siente desprotegido, excluido, abandonado y lo perjudica en su estado de salud física y emocional. En virtud de lo expuesto, ha llegado el momento de dar a conocer los resultados obtenidos, de los relatos de la vida misma llena de sabiduría del escenario que ha constituido un importante proceso vivencial.

En el estudio realizado sobre vivencias de autocuidado del adulto mayor, la dimensión predominante fue la espiritual teniendo como resultado las experiencias de autocuidado vinculadas a la religión. Al respecto con esta dimensión, se puede relacionar con el estudio de Ramón Gallegos, quien sostiene que la espiritualidad es la que nos permite conducir bien la propia vida, con responsabilidad de los pensamientos, sentimientos, acciones y valores, la parte más importante y valiosa de una persona es su vida interior ⁽³³⁾.

La educación debe cultivar el crecimiento sano de la vida espiritual del ser humano como experiencia inmediata que solo puede revelarse del espíritu, que es universal. Se traduce en términos de claridad, bienestar, libertad, gozo, responsabilidad, ecuanimidad, prudencia, paciencia, humildad, tranquilidad, amor universal, etc. Esta Esfera espiritual, nos lleva a estar presentes de manera plena y creativa en la sociedad. Es un factor de unión, acuerdo, convenio y armonía entre los seres humanos. Es garantía de tolerancia, respeto a la diversidad y reconocimiento a la libertad humana.

Por otro lado, Luis Varela, menciona en su estudio que la cultura en cada sociedad en relación a las vivencias del envejecimiento es diferente. Es importante mencionar que los adultos mayores que viven acompañados tienen una mejor experiencia de envejecimiento, en comparación de los que viven solos ⁽⁴⁹⁾. Por consiguiente, Franket menciona en su estudio que se ha comprobado que los adultos mayores tienen una relación personal con Dios, incrementando así su sentimiento de bienestar subjetivo, lo cual fortalece para enfrentar la soledad. Las creencias en el adulto mayor son respaldadas por la religión, haciendo uso del

rezo como alternativa de protección espiritual que permite brindar fortaleza emocional ante esta etapa de vida ⁽⁴⁰⁾.

Respecto a las vivencias sociales del adulto mayor, encontramos que es la segunda categoría que predominó, teniendo como resultado la participación activa que ellos tienen dentro de la asociación con los amigos y la familia. Aquí se evidencia la participación activa que tiene los adultos mayores dentro de la Asociación.

En relación a estos resultados, Horgas E. sostiene que los tipos de actividades sociales que tienen los adultos mayores son numerosas dependiendo de la salud, capacidad para movilizarse y las preferencias personales de cada uno. Se considera participar en actividades sociales visitar amigos y familiares ⁽⁵¹⁾.

Asimismo, Rowe y Khan, proponen que estas actividades pueden ser complementadas por actividades que son a saber: la minimización de riesgos para la salud por medio de actividades de protección a la salud, la maximización de capacidades físicas y cognitivas a través de la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, y la participación activa en la vida mediante actividades sociales y actividades productivas que no necesariamente generen remuneración económica. Según la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores de Lawton y Brody en relación a las actividades sociales, propone establecer contacto con vecinos, amigos, familiares y participar en actividades sociales del adulto mayor ⁽⁴⁰⁾.

En la investigación realizada en este estudio, se ha comprobado, que para los adultos mayores tiene mucha relevancia la fe y la creencia en Dios, por lo que ante cualquier circunstancia de la vida siempre está primero.

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica, Abraham Maslow, señala que la persona auto-realizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades, y que no exhibe tendencias hacia problemas psicológicos, neurosis o psicosis. Este tipo de persona, que Maslow llama excepcional, ha arribado a un estado de autorrealización que solo es posible en personas de 60 años y más ⁽²⁵⁾.

De esta forma, Andrea Murillo H. A través de su estudio, evidencia que el ejercicio ha tenido gran importancia para la salud por los beneficios que aporta en todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano. La inactividad física está asociada a diversas enfermedades crónico-degenerativas y a la pérdida de la funcionalidad, razón por la cual una de las metas de la enfermería en geriatría es mejorar la calidad de vida del anciano con programas de educación y promoción para el autocuidado donde se incluya el ejercicio ⁽⁵²⁾.

En relación a las Vivencias del autocuidado en la Esfera biológica, basado en experiencias que viven día a día, para ellos el conservar la higiene personal y tener una adecuada alimentación, es importante para preservar la salud. Asimismo, muchos de ellos logran desarrollar actividades más allá de sus capacidades físicas, haciéndolos sentir mejor y útiles.

Según Blanca Rodríguez-Díaz y colaboradores en su estudio realizado sobre la estrategia de autocuidado, se evidenció el incremento de la independencia de las actividades de la vida diaria como baño general, higiene bucal, cuidado de uñas, cuidado de piel, cabellos, manos y pies, logrando a partir de esto un mejoramiento de la imagen corporal y promoción de prácticas de autocuidado, favoreciendo el bienestar de los adultos mayores intervenidos ⁽⁵³⁾.

Asimismo, María del Pilar Camino, nos refiere que, al envejecer, las fases de sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia. No obstante, el tiempo total de sueño se reduce solo ligeramente con respecto al de las personas más jóvenes. La privación de sueños puede provocar varios síntomas, incluyendo pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad y síntomas neurológicos. Cualquier enfermedad que cause problemas relacionados con la oxigenación puede provocar trastornos del sueño ⁽⁵⁴⁾.

Además, comprobamos que para el adulto mayor es importante mantener el vínculo con el entorno familiar, a pesar de las dificultades y otras circunstancias, pues ellos conservan los lazos afectivos para no sentirse solos.

Según Angie Monzón. En su estudio “Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la comunidad Hermanitas Descalzas”, existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, el autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, suele hacerse menos hincapié en los aspectos positivos: la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea ⁽¹⁵⁾.

Después de realizar la discusión se concluye que, los adultos mayores de la Asociación comunitaria de la urbanización Santa Isabel, tienen una ferviente devoción espiritual, porque se sienten comprometidos con la religión católica y desean tener un envejecimiento positivo con gratitud y perdón. Los adultos mayores definen la espiritualidad como una relación con Dios, lo cual provee un propósito y misión de vida que favorece el amor y el perdón consigo mismo y con las otras personas, también desean conseguir calidad de vida, reconciliación y paz interna que van más allá de las experiencias cotidianas.

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones finales

En el trabajo de investigación titulado “Vivencias del Autocuidado del Adulto Mayor de La Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel–Carabaylo-2014” emergen las categorías empíricas que en este estudio permitieron analizar e identificar categorías del autocuidado.

La presente investigación sobre Vivencias del Autocuidado permitió acercarse al adulto mayor, describir su experiencia de vida a través de la observación participativa. El objetivo que se ha planteado para esta investigación fue satisfactorio, ya que se ha logrado determinar las vivencias del autocuidado de los adultos mayores de la Asociación Comunitaria y comprender las experiencias de vida en el adulto mayor mediante un cuadro de valores, costumbres y respuestas sociales que configuran las trayectorias de vida.

También pretende contribuir a dar relevancia al conocimiento y la importancia de las vivencias en su autocuidado, pues estas dan a conocer el día a día de cómo viven su envejecimiento con el compromiso solidario del profesional de enfermería para dar un mejor y mayor cuidado al adulto mayor.

5.2. Recomendaciones:

Las recomendaciones del presente estudio son las siguientes:

- Dar a conocer los resultados de esta investigación al personal de enfermería del centro de salud más cercano y a las autoridades líderes de esta comunidad para que tomen en cuenta la importancia que tienen las

vivencias en su autocuidado del adulto mayor, pues así se lograra una longevidad satisfactoria

- Realizar un monitoreo y motivación por parte del profesional de enfermería a los adultos mayores que residen en dicha comunidad para que expresen, a través de talleres vivenciales, sus sentimientos y emociones de lo que significa para ellos su diario vivir para comprender y ofrecerles una comunidad y familia saludable, para lograr una sociedad inclusiva donde el adulto mayor sea tomado en cuenta
- Planificar y ejecutar reuniones con la familia del adulto mayor para que puedan comprender el proceso de envejecimiento y la relevancia que tienen sus vivencias y sean ellos el pilar estratégico de su autocuidado
- Comprometer a los líderes de la comunidad a participar activamente promoviendo un autocuidado para lograr un envejecimiento saludable y, por lo tanto, una longevidad satisfactoria
- Seguir realizando estudios cualitativos para conocer ampliamente cómo se viene comportando las vivencias de autocuidado para replantearse estrategias que corrijan deficiencias de autocuidado en dicha comunidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán J. Boletín Epidemiológico. Lima. 2013. p. 704–5.
2. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. 2013; 2–6.
3. Cuzcano JG. Boletín Epidemiológico. Lima. 2013. p. 704–5. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2013/33.pdf>
4. De la Cuesta Benjumea C. Teoría y método. Cultura de los cuidados. 2006;136–40.
5. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista cubana de enfermería. 2010;26(4):222–34.
6. Velasco M, Peñafiel J. Universidad Estatal de Milagro Unidad Académica Ciencias de la Salud carrera de Enfermería. 2006.
7. Hidalgo C, Esteves G, Azuaje J. Vida y salud integral Segundo año. 2012.
8. Municipalidad distrital de Carabayllo. Revista IIPSI. 2011;1 _42.
9. Pastrana EQ, Carabayllo MDE. Por los Caminos de Nuestra Historia. 2012;
10. Camino M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011. facultad de medicina humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. p. 79.
11. Barraza AR, Castillo MP. El envejecimiento. programa de diplomado en salud pública y familiar. 2006.
12. Espinoza Z.. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información. 2003.
13. Crespo M, MI. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante. 2006.
14. Castello MI, L. Vivencia Emocional en el Embarazo, Parto y Puerperio. 2006.
15. Vargas M, Angie. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
16. Aguilar A. Ontología y epistemología en la investigación. 2012;15 N° 1:209-12. Available from:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v15_n1/pdf/a13v15n1.pdf

17. Álvarez-Gayou J, JL. Como hacer investigación cualitativa. Paidós Mex. Barcelona; 2003. p. 85. Available from: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/como-hacer-investigación-cualitativa.pdf>
18. Martínez FT. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de Enfermería. Artículo. 2012;11(2):98–101.
19. Noboa A. Cualitativa. investigación cuantitativa. 2007.
20. Tobón OC. El autocuidado. Enfermera especialista en promoción de la salud pública. Universidad de Caldas. 1986.
21. Carvalho de D, C. Leite JL. Teoría fundamentada en los datos-aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Latino-am enfermeg. 2009;17.
22. Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. 2007.
23. Anzola EP. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica. Washington. 1993. (31). Available from: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermería gerontológica conceptos para la pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermería_gerontológica_conceptos_para_la_pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1)
24. Quintero J. Teoría de las necesidades de maslow. 2008; Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/Teoria_Maslow_Jose_Quintero.pdf
25. Breu F, Guggenbichler S, Wollmann J. No Title. Vasa. 2008;
26. Melendez M, JC. Percepción de las relaciones sociales en la tercera edad. 2013.
27. San Martín C. Espiritualidad en la Tercera Edad. Psicología ,cultura y sociedad . Noviembre. 2007. p. 111–28.
28. San Martín C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Hologramática. 2008;1(2008):103–20.
29. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado. Universidad de Colombia. 2004.
30. Chavarría Lincon S. Inteligencia Espiritual y Educación Holista. Fundación Internacional para la Educación Holística. 2010;
31. San Martín C. Espiritualidad en la Tercera Edad. 2007;111–28.

32. Tirro V. Espiritualidad y calidad de vida en el adulto mayor. andromeda.unimet.edu.ve [Internet]. 2007 [cited 2015 Oct 21]; Available from: <http://andromeda.unimet.edu.ve/mirai/archivos/E/E-02-11-12.pdf>
33. Fernández-Ballesteros R, ANTON A. Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 5, 77 [Internet]. Santiago de Chile; 1993 [cited 2015 Oct 11]; Available from: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
34. Tribuna universitaria. La espiritualidad en el adulto mayor. 2010. 1–23. Available from: http://www.ubiobio.cl/web/autopdf/Articulo_Tribuna_Universitaria2.pdf
35. Apostolidis M. Actividad física como medida de autocuidado en el adulto mayor. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar; 2005. p. 1–16. Available from: http://medicina.uach.cl/saludpública/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno2005/Actividad_física_como_medida_de_autocuidado_en_el_adulto_mayor.pdf
36. Manrique D. Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S “Conde de la Vega baja.”2010.
37. Aballay S. Acciones que realizan los enfermeros orientadas a la adaptación de las necesidades de los adultos mayores institucionalizados. Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería; 2011. p. 1 – 49. Available from: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aballay_silvana.pdf
38. Ruiz N. El modo de autoconcepto en el adulto mayor: un estudio fenomenológico. Queretaro; 2013. p. 1–66.
39. Ceballos O. *Revista Mexicana de Investigación en cultura Física y deporte*. 2010.
40. Rodríguez L. Estrategia de intervención de enfermería en programa de autocuidado en personas mayores. *GerolInfo*. 2011;6(3):1–16.
41. Cachi-Ilanos J. Factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor. 2012;5(1):36–41.
42. Gil E. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá. Una aproximación cualitativa. Colombia. 2011.

43. Murray R. Guía de Monitoreo y evaluación. Sao Paulo, BR. Pact Brasil. 2007;
44. Escobar J. Grupos focales : una guía conceptual y metodológica. cuadernos hispanoamericanos de psicología. 2006;9(1):51–67.
45. Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de Enfermería. 2010 [cited 2014 Oct 30];11(2):98–101. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
46. Hernández J. Teoría fundamentada. Zulia; 2011.
47. Escobar J. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. 2011.
48. San Francisco C. Escala de Lawton de las actividades instrumentales de la vida diaria. (IADL). 2013;(23).
49. Acosta C. Actividades de la vida diaria en los adultos mayores: La experiencia de dos grupos de enfoque. 2010;15(642):393–401.
50. Ceballos O. Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte. 2009;
51. Rodríguez-Díaz B. Efectos de estrategia de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadora de la salud en centros de bienestar de la ciudad de Bucaramanga. 2011;(33):155–60.
52. Camino M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín. 2011.

ANEXOS

Anexo A: Guía de preguntas norteadoras

Es por ello que basándonos en el marco teórico del proyecto de investigación:

“Vivencias del autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel–Carabayllo” de las cuatro Esferas, se hacen las siguientes preguntas dirigido hacia la entrevista semi estructurada y el foco grupal.

La sesión se iniciará con una dinámica y luego las investigadoras procederán a realizar las preguntas en relación a cada dimensión.

Guía de preguntas

Para la realización de la entrevista semi-estructurada

“Vivencias del autocuidado del Adulto Mayor de la Urbanización Santa Isabel – Carabayllo / 2014”

Esfera espiritual:

¿Cómo cuida su salud espiritual?

Esfera biológica:

¿Qué significa para usted autocuidarse?

Esfera social:

¿Qué actividades considera usted que el adulto mayor debe realizar durante su tiempo libre?

Esfera psicológica:

¿Qué le hace sentirse feliz a usted?

Anexo B: Carta de aceptación de la población de estudio

"ASOCIACIÓN COMUNITARIA DEL ADULTO
, MAYOR SANTA ISABEL DE CARABAYLLO"

21 de Abril 2014

A la Universidad de Ciencias y Humanidades:

En respuesta a la carta en la que solicitaban brindar información a las alumnas de dicha institución tiene todo mi autorización de venir cuantas veces sea necesario para la recopilación de datos para su proyecto de investigación que tiene lugar en esta Asociación comunitaria, debo contestarles que estamos dispuestos facilitarles la información que crean conveniente .

Queda a su disposición

Atentamente:


.....
Feliz Ugarte Mendizábal

(Presidente)

DNI. 0992118
"ACUAMINC"

13 Mayo

F. Ugarte

Anexo C: Consentimiento informado

Hoja de Consentimiento Informado

Yo,.....

Expongo

Que he sido debidamente informado acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en la aplicación de una entrevista, que se realizará previa coordinación con la entrevistadora, que he recibido explicaciones verbales sobre la naturaleza y propósitos de la investigación que participaré, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me hayan surgido.

Manifiesto

Que he entendido y estoy satisfecha/ o de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación:

Vivencias del autocuidado del adulto mayor. Yo otorgo mi consentimiento voluntario para que se me aplique la entrevista. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización de las entrevistas. Y para que así conste, firmo el presente documento.

Lima, de, del 2014

Firma del usuario y DNI

Firma del entrevistador

Anexo D: PLAN PARA EL FOCO GRUPAL

I. DATOS GENERALES

Asignatura	Taller de investigación	Nombre Tema	Vivencias del autocuidado del adulto mayor.
Sede	Asociación Comunitaria del Adulto Mayor Santa Isabel.	Hora	5-6 pm
Asesora	Lic. Rosa Tuse	Tiempo	60 minutos
	Hernández Gutiérrez Jackeline. Melitón Vargas, Isabel.	Fecha	Marzo...2014
Participantes	De 10 a 15 personas	Composición	Adulto mayor de 60 años a más
Ambiente	Relajado – confortable	Material	Audio video Grabación
Competencias	Observación, comunicación, relaciones		

II. OBJETIVO GENERAL DE LA SESIÓN

Objetivo general:

- Conocer las Vivencias del autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la Urbanización Santa Isabel –Carabayllo

Objetivos Específicos:

- Conocer las Vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Espiritual
- Conocer las Vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Biológica.
- Conocer las Vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Psicológica
- Conocer las Vivencias de autocuidado que realiza el adulto mayor en su Esfera Social

III.- ACTIVIDADES PROGRAMADAS

SECUENCIA DIDÁCTICA	TEMÁTICA	TÉCNICA	MEDIOS Y MATERIALES
PRIMER BLOQUE 10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes • Saludos respectivos y presentación del grupo de investigación de la UCH • Presentación de cada participante 	Expositiva participativa	Solapines
MOTIVACIÓN 10 minutos	DINÁMICA: “ la pelota pregunta “	Expositiva participativa	Material humano
SEGUNDO BLOQUE 10 minutos	<u>Introducción</u> Formulación de preguntas: I. ¿Cómo se auto cuidan? II. ¿Cómo cree usted que debería cuidarse? III. ¿Qué otras formas de cuidado de la salud conoce?	Técnica expositiva	Con el concepto del tema
TERCER BLOQUE Esfera Biológica 10 minutos	Desarrollo de las prácticas de autocuidado: 1. ¿Qué tipo de actividad física realiza? 2. ¿Qué opina usted sobre el empleo del ejercicio físico y la recreación en la atención del adulto mayor? 3. ¿Considera que es esencial que los adultos mayores se mantengan realizando sistemáticamente actividades físicas?		
CUARTO BLOQUE Esfera social 10 minutos	4. ¿Cuál es su opinión con relación al papel que juega el adulto mayor en la sociedad de hoy y en la del futuro? 5. ¿Participa en algún grupo de		

<p>QUINTO BLOQUE</p> <p>Esfera Psicológica</p> <p>10 minutos</p>	<p>apoyo social o de recreación?</p> <p>6 ¿A Ud. qué le hace sentirse feliz?</p> <p>7. ¿Qué hace Ud. para cuidar su salud mental?</p>		
<p>SEXTO BLOQUE</p> <p>Esfera espiritual</p> <p>10 minutos</p> <p>Cierre de la sesión.</p>	<p>8 ¿Qué hace Ud. para cuidar su bienestar espiritual?</p> <p>9 ¿De qué forma cree Ud. que la religión influye en su vida?</p> <p>Sugerencias: aplicar en su rutina las prácticas de autocuidado.</p>	<p>expositiva participativa</p>	

RESULTADOS

Datos	Código preliminares	Categorías
<p>Esfera espiritual</p> <p>Hortensia</p> <p>F1-10. Bueno Dios es el rey supremo, Dios fundó el cielo y la tierra, todo lo que hay, querer a sus semejantes como a uno mismo no mentir, no ser egoísta, no ser ostentosa y a Dios le agrada la humildad.</p> <p>F1-8. Tener esa firmeza de dar el saludo a otra persona, es así que la persona bien educada emplea los valores religiosos, porque la persona alegre siempre demuestra que está con la fuerza que le da Dios.</p> <p>ES-16. Así uno puede ayudarles espiritualmente estar bien con Dios, rezar antes de acostarse, antes de salir a la calle persignarse, como les digo respeto para ti, para todos. Eso es la espiritualidad.</p>	<p>F1-10. Manifestando características de una persona espiritual</p> <p>F1-8.Refiriendo las características de la persona espiritual y demostrando su educación a través de los valores religiosos</p> <p>ES-16.Refiriendo que la espiritualidad es estar bien con Dios y con los demás</p>	<p>Características de una persona espiritual: No mentir, no ser egoísta, ser educado para vivir en gracia de Dios y sus principios</p> <p>La persona espiritual debe tener buenas relaciones interpersonales.</p>

<p>Hortensia</p> <p>F2-42. Nosotros debemos demostrar ayuda porque eso le agrada a Dios, ayudar a los abandonados, vestir al desnudo dar de comer al que no tiene, eso es mi labor.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-56. Bueno, ver por el bienestar del prójimo y por el mismo mí y en Dios pues no.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-6. Primero para cuidar la salud espiritual de una persona entiendo que no debe hacer daño a nadie. En segundo lugar, estimarse a uno mismo para que así estimándose también estime a sus vecinos, amistades a su familia dar el ejemplo a los niños de buen comportamiento.</p>	<p>F1-42. Manifestando la característica de una persona espiritual cómo ayudar al prójimo</p> <p>F2-56. Manifestando la ayuda al prójimo para el bienestar personal</p>	<p>Manifestando tener una salud espiritual cuando no se hace daño a nadie</p>
--	---	---

<p>Orquídea</p> <p>F1-11. Qué le puedo decir, como le dije hace un momento, es bueno no hacer daño a nadie y llevarse bien con todos para tener una paz espiritual.</p> <p>Clavel</p> <p>E-161. Primero no hacer daño a otros si no quieres que te hagan a ti.</p> <p>Orquídea</p> <p>F1-2. No hago daño a nadie, me llevo bien con todos y principalmente con mis amigos y familiares.</p> <p>Amapola</p> <p>F1-7. También no juzgar a las personas eso es importante te sientes bien espiritualmente.</p> <p>Jazmín</p> <p>F1-14. Yo soy cristiana, creo en Dios en su hijo y en el señor Jesús, por él estamos acá todos los días con mucha</p>	<p>F1-11. Refiriendo no hacer daño para tener una paz espiritual</p> <p>F1-2. Manifestando tener buenas relaciones interpersonales con amigos y familiares</p> <p>F1-7. Refiriendo sentirse bien espiritualmente y no juzgar a los demás.</p> <p>F1-14. Refiriendo la confianza en Dios por la fe que tiene</p>	<p>Manifestado la fe en Dios.</p>
---	---	-----------------------------------

<p>fe.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-156. Mis problemas les confío a Dios y después a mi hija que ahora me estoy sintiendo mal no de enfermedad sino de otra cosa.</p> <p>Hortensia</p> <p>F1-51. Para algo Dios me estará alargando los años de mi vida. En julio voy a cumplir 91 años, yo ya quisiera dormir pero el Señor, no quiere que duerma.</p> <p>Rosa</p> <p>F1-4. Pidiendo a Dios que me dé fuerza con su milagro para poder soportar todo esto, para recibir los milagros lo que yo deseo últimamente Dios está presente porque me escucha.</p> <p>F2-119. Doy gracias a Dios, de que estoy sana es porque hago ejercicios seguros y me mantengo activa gracias a</p>	<p>F2-156. Manifestando que los problemas los confía a Dios y después a los demás</p> <p>F1-51. Resignándose a vivir por la voluntad de Dios</p> <p>F1-4. Manifestando la tranquilidad de obtener fuerza para evitar el sufrimiento</p> <p>F2-119. Manifestando que tiene una vida activa y por la gracia de Dios.</p>	<p>Manifestando necesidad de vivir en tranquilidad</p>
--	--	--

<p>Dios y me conservo bien, también.</p> <p>F2-75. Doy gracias a Dios que no me falta nada.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-9. Bueno yo soy católico, apostólico y Romano, y Ayacuchano a la vez, bueno yo soy de las personas muy creyentes creo en Dios, en Jesucristo en la virgen María y todo lo católica pienso que debemos tener mucha fe en Dios, porque él con su infinito poder hace lo imposible para nosotros.</p> <p>Violeta</p> <p>F1-5. Yo también le agradezco a Dios porque me ayuda a mi salud, si para cuidarme.</p> <p>Alelí</p> <p>F1-13. Voy a misa todos los domingos, no voy a fiesta. No soy pagana.</p>	<p>F2-75. Refiriendo las gracias de Dios por no tener necesidad.</p> <p>F1-9. Refiriendo tener mucha fe como creyente en Dios.</p> <p>F1-5 .Manifestando el agradecimiento a Dios por la salud.</p> <p>F1-13. Manifestando la importancia de asistir a misa y no ser pagana.</p>	<p>Enfatizando que su bienestar, es gracias a su creencia y fe en Dios</p> <p>Refiriendo agradecimiento a Dios por la salud y cuidarlo.</p> <p>Manifestando la importancia de rezar, de una persona católica cuando va a misa.</p>
--	--	--

<p>Esfera biológica</p> <p>Amapola</p> <p>F2-115. Porque cuando uno ya es adulto mayor está sin hacer nada es peligroso. Uno se debilita y se queda ahí sin moverse cuando el cuerpo está activo no pero a veces tienes responsabilidad que no se puede.</p> <p>F2-114. El bailar hacer deporte, hacer taichí es importante para el adulto mayor para que los huesitos se mantengan bien y uno se pueda movilizar porque si no te puedes quedar encogida sí o no.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-147. En el adulto mayor su actividad debe ser la caminata para que uno no se pasme.</p> <p>Amapola</p> <p>F2-112. Si dicen que el deporte es la base para mantenerse bien de salud en especial en el adulto mayor.</p>	<p>F2-115. Manifestando que cuando el adulto mayor esta sin hacer actividad física, disminuye su fuerza muscular</p> <p>F2-114. Refiriendo la importancia del deporte y actividad en el adulto mayor para el cuidado óseo y la movilidad física; de lo contrario, se pueden tener problemas osteo musculares</p> <p>F2-147. Considerando necesario la caminata en el adulto mayor para evitar problemas de movilización</p> <p>F2-112. Manifestando el deporte como base para la salud en el adulto mayor</p>	<p>Considerando la importancia de la actividad física para conservar el bienestar físico del adulto mayor</p>
---	---	---

<p>Tulipán</p> <p>F2-104. Y la actividad a uno lo mantiene bien, como hacer ejercicios mantiene sano al adulto mayor y ayuda en que estemos sanos y gracias a Dios que ya estoy mejor.</p> <p>ES-184. (B) Porque una persona que no realiza actividad física es parte de la vida salvo que haya un impedimento físico que no lo pueda realizar.</p> <p>Rosa</p> <p>F1-20. De igual manera correr, cocinar, barrer, lavar.</p> <p>Jazmín</p> <p>F1-21. La actividad física de la casa, aparte de las terapias que nos dan acá los días martes.</p> <p>Margarita</p> <p>F1-23. Yo hago ejercicios en mi casa cuando me voy a levantar para estar en</p>	<p>F2-104. Refiriendo que la actividad física en el adulto mayor ayuda a sentirse sano</p> <p>ES-184. (B) Considerando la actividad física como parte de la vida, excepto por alguna incapacidad física</p> <p>F1-20. Considerando las actividades cotidianas del hogar como actividad física.</p> <p>F1-21. Refiriendo estar activo con las labores cotidianas y las actividades que realiza en su centro de reuniones</p> <p>F1-23. Manifestando la importancia de los ejercicios que realiza en su casa, además de los quehaceres de la casa</p>	
---	---	--

<p>movimiento y después hacer los quehaceres de la casa.</p> <p>Rosa</p> <p>F2-108. No hago deporte, solo me mantengo en actividad haciendo las cosas de mi casa como limpiar cocina ir a comprar al mercado atender a mi esposo. No hay tiempo para hacer deporte.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-179. Ayudo a mi esposa cuando va a visitar a mis hijos y nietos. Yo preparo mi almuerzo, soy buen cocinero voy al mercado.</p> <p>Orquídea</p> <p>F1-17. Yo considero que es muy importante este ejercicio y estar alegre no tener problemas de nada y tratar de vivir una vida mejor.</p>	<p>F2-108. Manifestando que no dispone de tiempo para hacer deporte, lo que compensa haciendo sus actividades del hogar</p> <p>ES-179. Manifestando la colaboración con su esposa en los quehaceres cotidianos y de autovalerse para preparar sus alimentos</p> <p>F1-17. Manifestando que el ejercicio es importante para estar alegre y vivir mejor</p>	<p>Considerando los quehaceres de la casa como actividad física para mantenerse activo</p> <p>Considerando importante el ejercicio para tener alegría.</p>
---	---	--

<p>Amapola</p> <p>F1-19. Yo en las mañanas estiro los brazos, las piernas, un poco de baile.</p>	<p>F1-19. Refiriendo que el estiramiento de piernas y brazos por las mañanas y que además baila</p>	
<p>Clavel</p> <p>F1-27.(A) Bueno el ejercicio que hago yo más que nada es cintura.</p>	<p>F1-27.(A)Refiriendo que el ejercicio que realiza es de cintura</p>	
<p>Rosa</p> <p>F2-116. Bailar, hacer taichí es importante para el adulto mayor porque ahí uno se siente más ágil o da ganas de hacer otras cosas te toca para estar en actividad.</p>	<p>F2-116. Manifestando la importancia de bailar y hacer taichí en el adulto mayor porque se siente más ágil y con ganas de realizar actividad física</p>	<p>Considerando el taichí como una actividad importante para mantenerse activo, con ánimos y además de otras actividades como los talleres</p>
<p>Hortensia</p> <p>F2-117. Bailar, hacer taichí, es importante, el deporte y los talleres en los adultos mayores y eso nos mantiene activos.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-184. (A) El taichí es importante para la salud y bienestar. Es que eso</p>	<p>F2-117. Manifestando la importancia de realizar deporte, bailar y hacer taichí en las actividades de recreación en el adulto mayor</p> <p>ES-184. Considerando el taichí como actividad de recreación para la salud</p>	

<p>desestreza y te anima para vivir.</p> <p>Alelí</p> <p>F2-22. Yo igualmente hago aeróbicos todos los días en el gimnasio 3 horas.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-105.(A). Yo hago mis aeróbicos en mi patio de media hora de todos los días es por eso que me conservo así.</p> <p>F2-107.(B) aeróbicos para que no me dé calambres en las piernas ya cumplí 95 años y estoy bien.</p> <p>Amapola</p> <p>F2-109. Yo no tengo ninguna actividad como deporte por el estilo, solo en verano cuando voy de paseo cuando nos invitan claro a otros clubs de adultos de media hora hacemos competencia de caminata aproximadamente de media hora. Eso es todo.</p>	<p>física mental y de bienestar</p> <p>F2-22.Refiriendo hacer aeróbicos todos los días</p> <p>F2-105.(A).Manifestando la importancia de media hora de hacer aeróbicos para conservarse</p> <p>107(B).Realizando actividad física</p> <p>F2-109. Manifestando que realiza actividad deportivas, caminatas y paseo.</p>	<p>Realizando actividades instrumentales de la vida diaria, a pesar de su condición física, para conservarse</p>
--	---	--

<p>Tulipán</p> <p>F2-148. La actividad física del adulto mayor debe ser caminar que es importante y la comunicación con la familia.</p> <p>F1-40. Estoy un poco mal de salud pero ahora en casa voy caminando de cuadra en cuadra 6 cuabras, 10 cuabras, 15 eso es mi labor.</p>	<p>F2-148. Manifestando la importancia de la comunicación con la familia y caminar en el adulto mayor</p> <p>F1-40. Manifestando la importancia de caminar aun a pesar de sus dificultades físicas para mejorar la salud</p>	<p>Refiriendo la importancia de caminar como ejercicio para la salud y mantener la comunicación con la familia</p>
<p>Amapola</p> <p>F2-60 (A). Cuidarse haciendo ejercicio baile, caminar.</p> <p>F2-175. Duermo de vez en cuando antes dos horas después del almuerzo.</p>	<p>F2-60 (A). Considerando como ejercicio el caminar</p> <p>F2-175. Manifestando la importancia del sueño después del almuerzo</p>	<p>Considerando la importancia de la necesidad de descansar después de las comidas, para estar tranquilos e inclusive poder realizar otras actividades como los quehaceres</p>
<p>Hortensia</p> <p>F2-86. Después del almuerzo me tomo una siesta de 20 minutos aproximadamente, porque el cuerpo necesita descansar y eso me ayuda mucho para mi cuerpo, como ven ya cumplí 95 años, tampoco he fumado ni</p>	<p>F2-86. Refiriendo la importancia de descansar después del almuerzo</p>	

<p>bebo hasta la actualidad y estoy bien.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-91. La siesta después del almuerzo tengo entendido que es necesario cuando el cuerpo lo necesita.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-89. Después de almuerzo es necesario una siesta y es muy importante para descansar para poder recuperarse del trabajo porque cuando uno descansa se siente contento alegre.</p> <p>Rosa</p> <p>F2-82. Yo poco descanso después de almuerzo, casi nada porque tengo que estar lavando, limpiando, cocinando y a mi vecina estoy ayudando a cuidar a la chiquita con sus tareas</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-92. Hay que darle si quiera una hora o media hora con eso calma esa</p>	<p>F2-91. Refiriendo la necesidad de descansar porque el cuerpo lo necesita</p> <p>F2-89. Refiriendo la importancia de la siesta después del almuerzo para recuperar fuerzas y continuar con el trabajo, porque cuando se descansa se genera alegría</p> <p>F2-82. Manifestando poco descanso por estar lavando, limpiando y cocinando</p> <p>F2-92. Manifestando una media hora de descanso porque calma la ansiedad y se siente más alegre</p>	
--	--	--

<p>ansiedad no, y, de repente uno con eso ya se siente con más alegría. En la noche duermo 6 a 8 horas aproximadamente.</p> <p>Rosa</p> <p>F2-84. Duermo a las nueve y me levanto a las 5 a 6 de la mañana para hacer el desayuno para ir a trabajar.</p> <p>Clavel</p> <p>F2-178. A las 4 a.m. ya estoy despierto. Tomo mi desayuno a las 7 am.</p> <p>Hortensia</p> <p>F1-26. Estoy levantada desde las 6.00 de la mañana aunque parezca mentira, pero temprano me acuesto.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-176. Cuando duermo de día a partir de las 4 am estoy levantado a las 9 pm veo noticiero y me voy a la cama.</p>	<p>F2-84. Refiriendo levantarse temprano para ir a trabajar</p> <p>F2-178. Manifestando levantarse temprano para tomar el desayuno</p> <p>F1-26. Refiriendo levantarse y acostarse temprano.</p> <p>ES-176. Manifestando dormir de día y levantarse temprano</p>	<p>Dormir y levantarse temprano para trabajar y/o prepararse sus alimentos</p>
---	--	--

<p>Hortensia</p> <p>F2-87. Yo me acuesto a las 8 de la noche y a las 5 de la mañana me recuerdo cuál es mi secreto. Agarro la biblia, comienzo a leer y digo Sr. déjame dormir un poquito más, una hora leo la biblia si me acuesto y a las 5 a 6 ya despierta me levanto.</p>	<p>F2-87. Manifestando leer la biblia para descansar</p>	<p>Considerando el sueño como un privilegio divino y dormir con normalidad, sin el uso de medicamento</p>
<p>Clavel</p> <p>ES-180. No uso ningún medicamento para dormir.</p>	<p>ES-180. Refiriendo no tomar medicamentos para dormir</p>	
<p>Hortensia</p> <p>F2-88. No utilizo ningún medicamento para dormir.</p>	<p>F2-88. Manifestando que no consume medicamentos para dormir</p>	
<p>Pensamiento</p> <p>F2-93. No utilizo ningún medicamento para dormir, uno nomás para la circulación.</p>	<p>F2-93. Manifestando que no consume medicamentos para dormir, solo para la circulación</p>	
<p>F2-90. Yo duermo desde las ocho y</p>	<p>F2-90. Refiriendo el consumo de</p>	

<p>estoy en mi cama, hasta las seis de la mañana. A no utilizo ningún medicamento para dormir, pero si tomo bastantes pastillas para el derrame que tuve, pero no para dormir.</p> <p>F2-81. Yo no hago ninguna siesta porque casi todo el día trabajo dando menú a los colegios. Yo preparo menú también preparo adicionales, como te digo, una comida variada para alumnos y profesores. Por eso tengo que ver que no sean tan pesado ahora en este frío que está haciendo tengo que tener cuidado y con eso me mantengo así.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-106.(A) Porque yo hago todas mis cosas, también hago manualidades. Termino de almorzar, descanso media hora y me levanto.</p> <p>F2-107 (A). Ahora mis manualidades son mi deporte para mantenerme activa. Es para que no me dé calambre en las</p>	<p>medicamentos para su enfermedad pero no para dormir</p> <p>F2-81. Manifestando por el trabajo que realiza no hace siesta después del almuerzo y se mantiene activa</p> <p>F2-106. Refiriendo hacer manualidades como estrategia para estar en actividad</p> <p>F2-107(A). Considerando las manualidades para mantenerse activa</p>	<p>Considerando las actividades de ocio para mantenerse activa.</p>
---	---	---

<p>manos.</p> <p>F2-106. (B) Yo hago flores artificiales hago de media de papel de rafia, y después de las tapitas de Nescafe que es como una platina de eso, señorita porque yo soy maestra en artesanía y hacía deporte de joven.</p> <p>Rosa</p> <p>F2-71. En mi desayuno tomo quaquer con leche y pancito cuando hay, cuando no, solo café o té con pancito.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-63. Yo tomo quaquer con leche y pan. Eso es mi desayuno; almuerzo, sopa y de segundo arroz con pato que tengo, bueno y en la comida no como señorita no porque el Dr me prohibió comer para recuperarme de mi enfermedad no como ya en la tarde.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-164. Para mi edad tengo la suerte de</p>	<p>F2-71. Refiriendo que toma avena con leche y, cuando no, café o té</p> <p>F2-63.Considerando en el desayuno el consumo de avena, lácteos, como si fuese el almuerzo por recomendación médica</p>	
--	---	--

<p>que mi esposa me engríe con desayuno sano, huevo frito, leche, pan integral no porque no me gusta mucho, por lo general como un pan no mucho.</p>	<p>ES-164. Manifestando la importancia de la alegría en un desayuno sano</p>	<p>Enfatizando en la alimentación saludable para prevenir enfermedades</p>
<p>ES-165. No tomo leche, si no hay hotdog, mortadela, mantequilla, de vez en cuando jugos.</p>	<p>ES-165. Refiriendo que no toma leche y pocas veces jugos</p>	
<p>Hortensia</p>		
<p>F2-65. En el desayuno jugo de papaya, tostada, bueno no soy vegetariana, pero mi comida ahora, sobre todo, es como les he contado el martes pasado</p>	<p>F2-65. Refiriendo la importancia del jugo en el desayuno</p>	
<p>Amapola</p>		
<p>F2-77. Casi a veces no desayuno. Tomo mis tecitos o café medicinal, no café normal pero si el café medicinal que ya lo estoy tomando unos dos meses y, a veces una tostada o dos tostadas.</p>	<p>F2-77. Manifestando que no toma desayuno solo bebidas medicinales</p>	
<p>F2-61. Bueno en la mañana café con leche con sanguche, en el almuerzo, una sopa y un guiso que cuide el colesterol</p>	<p>F2-61. Manifestando en las comidas el cuidado del colesterol</p>	

<p>pues no.</p> <p>F2-58. También en las comidas lo que es malo pues para la salud.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-169. Puede ser frejoles, chanfainita todo lo que es menestra, comida sana agradable por supuesto.</p> <p>ES-167. Para mí, si no hay sopa no es almuerzo.</p> <p>Rosa</p> <p>F-72. En el almuerzo, mi sopita puede ser de morón o de fideos o este he...en la cena mi sopa lo que queda.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-68. Yen el almuerzo también así sopita de pollo blanca nomas, que no me lleve la pelona.</p>	<p>F2-58. Refiriendo el cuidado en las comidas para la salud</p> <p>ES-169. Refiriendo la importancia de la comida sana</p> <p>ES-167. Manifestando la importancia de la sopa en el almuerzo</p> <p>F2-72. Manifestando que el almuerzo y cena es solo sopa</p> <p>F2-68. Manifestando en el almuerzo solo sopita de pollo</p>	<p>Considerando la sopa como el primer alimento y la importancia del consumo de frutas y verduras en las comidas</p>
--	--	--

<p>Clavel</p> <p>ES-166. Me gusta la fruta después del almuerzo no en el desayuno.</p> <p>ES-170. Si ensalada de brócoli, zanahoria, alverjitas, cebolla una serie de cositas que siempre se utiliza, en la comida.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-62. Las verduras, la carne consumo poco, las verduras a veces en el desayuno, almuerzo, a veces una ensaladita con pollo desmenuzado, frutas muy poco, más consumo de pescado y pollo.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-64. Verduras y frutas en la sopa sí, más consumo pollo, pescado, carne poco.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-70. Bueno verduras en la sopa, frutas</p>	<p>ES-166. Manifestando que consume frutas y después del almuerzo</p> <p>ES-170. Manifestando la importancia de verduras en la comida</p> <p>F2-62. Manifestando el poco consumo de verduras y frutas</p> <p>F2-64. Manifestando el consumo de frutas y verduras</p> <p>F2-70. Manifestando poco consumo de</p>	
--	---	--

<p>cuando hay, sí, carnes no</p> <p>Rosa</p> <p>F2-74. Las verduras como en la sopa, fruta si antes de almorzar, después de almorzar como frutas cuando hay.</p> <p>Amapola</p> <p>F2-60.(B) Comer amigas que tengan verduras.</p> <p>F2-76. Yo sí como todos los días verduras, frutas y bastantes ensaladas, a mí me gusta bastante ensalada no es tampoco que me guste, es que el doctor receto bastante verduras, por el Dr desayuno si poco.</p> <p>F2-80. En la noche ya no ceno solo tomo tecitos una tostada o dos tostadas, eso es mi alimento.</p> <p>F2-79. Carne muy difícil no mucho no lo consumo porque no me llama la atención por eso no lo consumo mucho pero claro una vez por semana a veces</p>	<p>frutas</p> <p>F2-74. Refiriendo el consumo de verduras en la sopa y frutas antes y después.</p> <p>F2-60. (B) Refiriendo el consumo de comidas que tengan verduras</p> <p>F2-76. Refiriendo el consumo de verduras en cantidad y poco desayuno por indicación del docto.</p> <p>F2-80. Manifestando que de noche no cena solo toma te.</p> <p>F2-79. Refiriendo el consumo de carne, pollo y pescado una vez por semana.</p>	
--	---	--

<p>pero no todos los días pollo también poco.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-168. Como pollo, carne, pescado lo que sea en el segundo.</p> <p>ES-173. Consumo dos veces a la semana carne mínimo.</p> <p>ES-174. Como pollo, casi siempre pescado igualito, como parte pecho.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-67. Tengo que cuidarme ahora, en la noche no como, solo un vaso de agua, manzanilla o anís con una tostada porque el Dr. me ha dicho que no como en la noche como estoy prohibida de leche, huevo de esas cosas.</p> <p>F2-85. Bueno ahora el Dr. me ha dicho que tengo que almorzar a la hora, si yo almuerzo a las doce, si es a la una que sea en punto.</p>	<p>ES-168. Manifestando el consumo de pollo, pescado y carnes</p> <p>ES-173. Refiriendo el consumo de carne dos veces por semana</p> <p>ES-174. Manifestando el consumo de pollo y pescado</p> <p>F2-67. Refiriendo no consumir lácteos y cuidar su alimentación por indicación médica</p> <p>F2-85. Manifestando la puntualidad en el almuerzo por indicación médica</p>	<p>Considerando las comidas saludables que prevengan enfermedades en bien de la salud</p>
---	---	---

<p>F2-66. Yo como comida blanda purecito de papa con arroz, pollo, fruta sí, me han prohibido la leche, el huevo porque estaba afectada del corazón.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-54. Yo me cuido he comiendo las comidas sanas sin grasa de este modo...</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-57. Yo me cuido controlándome, por ejemplo, en las comidas en donde voy.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-94. Si Ud. Me pregunta del baño lo hago un día si un día no.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-95. El aseo personal es diario, es necesario el aseo personal porque si uno no se asea no está contento y también es bueno para la piel.</p>	<p>F2 66. Refiriendo que come comida blanda, por padecer de una enfermedad</p> <p>F2-54. Manifestando comer comidas sanas</p> <p>F2-57. Manifestando el cuidado de las comidas para el bienestar a través del control</p> <p>F2-94. Manifestando el baño interdiario</p> <p>F2-95. Manifestando la importancia del aseo personal porque es bueno para la piel y se siente contento</p>	<p>Manteniendo la importancia de la higiene corporal</p>
---	--	--

<p>Amapola</p> <p>F2-98.(A) Hay que realizar el aseo personal. Es muy importante, si no se baña, hay que cambiarse de ropa no y es de todos los días para sentirse contenta y con ganas de hacer algo.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-181. Realizo baños completos, con agua fría a las 5 a.m. todos los días, como voy a terapias me atienden señoritas, por eso me baño.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-96. Yo me baño cada tres días con agua calientita porque ahora está haciendo frio pero en el verano todos los días ahora si cada tres días.</p> <p>Rosa</p> <p>F2-97. Yo me baño cada tres días porque el baño es necesario para la salud. Uno se siente contento relajado y mucho más y me baño con agüita tibia</p>	<p>F2-98. Manifestando realizar el aseo porque es importante para estar alegre y con ganas de hacer las cosas</p> <p>ES-181. Manifestando la importancia del baño porque asiste a terapias</p> <p>F2-96. Refiriendo el que el baño es necesario para la salud</p> <p>F2 97. Manifestando que por el frio, solo se baña cada tres días y con agua tibia</p>	
--	--	--

<p>porque está haciendo mucho frio con un jabón hidratante pero no crema solo eso.</p> <p>Clavel</p> <p>ES-182. No me gusta el agua templada, no uso crema todo natural no me baño con jabón de tocador, uso jabón bolívar, ya lo uso de tiempo.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-100. No utilizo ninguna crema hidratante señorita.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-101. Tampoco utilizo crema para hidratar la piel porque mi cuerpo produce mi misma crema mi cuerpo es muy grasoso.</p> <p>Amapola</p> <p>F2-98(B). No utilizo ninguna crema hidratante solo agua y jabón.</p>	<p>ES-182. Refiriendo el no uso de alguna crema, solo jabón bolívar</p> <p>F2 100. Manifestando no utilizar crema hidratante</p> <p>F2 101. Manifestando que el cuerpo constantemente elimina sus toxinas</p> <p>F2 98 (B). Manifestando no utilizar crema, solo agua y jabón</p>	
---	---	--

<p>Hortensia</p> <p>F2-99. Yo si utilizo una crema hidratante para cuidar mi piel porque se seca la piel y utilizo la crema hidratante nivea generalmente y me aplico un día si un día no.</p>	<p>F2-99. Refiriendo la importancia de la crema hidratante para cuidar la piel</p>	<p>Manteniendo la hidratación corporal sin utilizar lociones hidratantes para el cuerpo.</p>
<p>Clavel</p> <p>F1-27.(B) Como yo sufro de artrosis, tengo la facilidad de usar faja y entonces tratar de en lo posible de hacer un ejercicio suave, pero poco más prolongado para poder aliviar el dolor de la columna. Yo sufro de artrosis, la artritis es en lo que realidad se llama una vulgarmente pico de loro, el pico de loro es que se sale de la vértebra ósea la parte cartilaginosa o sea se sale una punta y eso es lo que molesta, es como una electricidad, no es un dolor permanente si no n es un dolor que un mal movimiento y es como electricidad nada más entonces hay que estar activos, tratar de evitar que se atrofie el</p>	<p>F1-27. Manifestando que padece dolor por la artrosis, sobre todo el pico de loro, el estar en movimiento y activos hace que no se atrofie el organismo</p>	

<p>organismo de una persona.</p> <p>ES-171. Últimamente he bajado de peso porque sufro de artrosis en la columna tengo poco apetito, pero sí como, no como antes, he bajado como 7 kg en cuatro meses, me siento bien ligero.</p> <p>ES-172. Me fajo por la artrosis, asisto todos los días a una rehabilitación.</p> <p>ES-183. Antes hacia funtis, en consecuencia a la artritis ya no hago lo hacía en las mañanas todos los días, casi 5 km ahora solo hago mi rehabilitación, los ejercicios de piernas y brazos.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-69. Porque estoy yendo a la universidad, he estado en el seminario y me saqué una beca estoy estudiando computación en la escuela metropolitana de acá del dieciocho mañana me toca porque para el estudio no hay edad.</p>	<p>ES-171. Refiriendo perdida del peso por no tener apetito, debido a la artrosis</p> <p>ES-172. Manifestando la importancia de la rehabilitación en la enfermedad</p> <p>ES-183. Refiriendo que en las mañanas hace ejercicios de brazos y piernas</p> <p>F2-69. Refiriendo el estudio como una actividad para su edad</p>	<p>Refiriendo las molestias que ocasiona el padecer de artrosis y artritis</p> <p>Participando en toda forma de actividad y ocio</p>
--	---	--

<p>Amapola</p> <p>F2-111. Y ya no necesito tanto porque, como te dije, estoy en actividad. Para mis 76 años estoy bien y después hago todo tipo de actividad y me gustaría participar en todo lo que se pueda.</p> <p>F2-110. Bueno, en mi casa no subo escaleras porque me puedo caer, solo escucho música, bailo danza cuando me pongo triste.</p>	<p>F2-111. Manifestando la participación en todo tipo de actividad</p> <p>F2-110. Manifestando cuando esta triste escucha música, baile y danza</p>	
<p>Violeta</p> <p>F1-18. Necesito moverme, bailar</p>	<p>F1-18. Considerando la necesidad de moverse y baila</p>	
<p>Clavel</p> <p>ES-177. Me levanto a las 4 a.m. y hago mis ejercicios, lo hago por prescripción médica.</p>	<p>ES-177. Manifestando la importancia de los ejercicios por indicación médica</p>	
<p>Rosa</p> <p>F2-83. Preparo su lonchera tiendo la cama, casi no descanso y a las nueve</p>	<p>F2-83. Refiriendo estar en actividad y terminar cansada</p>	

<p>de la noche ya estoy durmiendo. A las seis de la mañana me levanto no descanso después de almuerzo no descanso estoy en actividad y termino cansada.</p> <p>F2-73. No siempre sopa y segundo. Tengo muchas ganas de comer, como mi esposo está enfermo parece que la preocupación es más que el hambre que me dé.</p> <p>F2-78. En el almuerzo, sí bastante ensalada y mi segundo, pues si con verduras, pollo y arroz muy poco, pescado.</p> <p>F2-118. Pero un adulto mayor siempre necesita ayuda y compañía señorita yo hago todo en mi casa yo no tengo sirvienta y míreme como estoy mi hija hace poco ha llegado de los EE.UU a los 15 años, ella pensó encontrarme con bastón y cuando me vio me dijo mama no lo puedo creer estas muy bien.</p>	<p>F2-73. Manifestando que la preocupación hace que tenga muchas ganas de comer</p> <p>F2-78. Manifestando el consumo de ensaladas y poco arroz y pollo</p> <p>F2-118. Manifestando la necesidad de ayuda y compañía en el adulto mayor</p>	
---	---	--

<p>Hortensia</p> <p>F2-52. El autocuidado es precisamente que al adulto mayor, hay que respetarlo, amarlo cuidarlo el merece ser así.</p>	<p>F2-52. Manifestando el respeto como autocuidado del adulto mayor</p>	
<p>Orquídea</p> <p>F2-24. Los quehaceres de la casa, tengo poco tiempo para hacer los ejercicios de la casa pero no los martes.</p>	<p>F2-24. Los quehaceres de la casa, tiene poco tiempo para hacer los ejercicios</p>	
<p>Amapola</p> <p>F2-113. Para que uno pueda tener más aire más salud que es lo principal también la natación en todo me gusta participar.</p>	<p>F2-113. Manifestando la natación que da más aire y salud</p>	
<p>Rosa</p> <p>F2-59. Lavarse, comer sano me imagino nada más.</p>	<p>F2-59. Refiriendo lavarse, comer sano para cuidarse</p>	<p>Comer y mantener la higiene corporal.</p>
<p>Hortensia</p> <p>F2-105 (B). Y después me voy al jardín buscando y sacando gusanitos de las plantas y después comienzo a regar.</p>	<p>F2-105 (B). Manifestando la importancia de media hora de hacer aeróbicos para conservarse.</p>	

<p>Esfera psicológica</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-149.No me siento satisfecho con el sueldo que percibo porque me parece que es un engaño, no solo a mí, sino a muchos. Según cuando yo me jubilé se dijo que con 20 años de aportación y era 60 años y 20 de aportación en lo cual trabajé hasta los 65años</p> <p>ES-192.Mi sueldo que percibo, me alcanza con las justas, pero como no tengo mayores gastos, ya mis hijos están casados con mi esposa hacemos que alcance el sueldo.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-150. Con 20 años te iban a pagar el 100% total que ahora ni siquiera me pagan la tercera parte; por es,o estoy recontra molesto y muy preocupado porque no alcanza la jubilación para vivir dignamente eso preocupa a cualquiera</p>	<p>F2-149. Manifestando la insatisfacción por el sueldo que percibe y se siente engañado</p> <p>ES-192. Refiriendo que no tiene mayores gastos y el salario le alcanza para cubrir algunas necesidades</p> <p>F2-150. Manifestando la preocupación por el salario que no le alcanza para vivir dignamente</p>	<p>Manifestando que el salario de un adulto mayor no le permite vivir dignamente.</p>
---	---	---

<p>ES-193.A veces en un paseíto se gasta mucho.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-47. El estrés mismo que lleva el adulto, la falta de dinero para comprar una serie de factores que se ve aquí, porque, a veces por mucha familia que tengamos va haber un momento que se siente solo, cuando se siente solo el adulto mayor es terrible.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-46.Bueno, en la vida hay momentos que una persona por mucha felicidad que tenga mucha compañía de su familia, hay momentos en que el ser humano se siente solo, desprotegido y piensa que nunca va a acabar.</p> <p>ES-199.A veces uno en la vejez se siente solo porque quiere tener a sus hijos cerca.</p>	<p>ES-193. Refiriendo gastos cuando realiza actividades recreativas</p> <p>F1-47. Manifestando la soledad del adulto mayor a pesar de tener familia</p> <p>F1-46. Manifestando sentirse triste por mucha felicidad en la cual se siente solo y desprotegido</p> <p>ES-199. Manifestando la necesidad de tener a la familia cerca para no sentirse solo</p>	<p>Situaciones que enfrenta el adulto mayor y se agudizan cuando no tienen apoyo familiar.</p> <p>Manifestando la importancia de la comunicación con la familia</p>
---	--	---

<p>Tulipán</p> <p>F2-154. Más triste me sentí solo cuando perdí a mi señora.</p> <p>F2-152. En algunas veces si llega el ser humano que se siente triste y solo se debe comunicar a la persona de tú familia, pero la mejor manera es estar juntos aquí señorita.</p> <p>Violeta</p> <p>F1-45. La soledad a nosotros también nos pone triste.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-41. Amí me llena de tristeza ver a un adulto mayor solo.</p> <p>F2-142. A mí me da pena y me deprime este Sr. alcalde hasta la fecha no nos de lo que el gobierno nos ha asignado. El gobierno ha hecho una ley y ha asignado al adulto mayor una cantidad de dinero para que con eso terminen de</p>	<p>F2-154. Manifestando soledad desde el momento de perder a su esposa</p> <p>F2-152. Manifestando la importancia de la familia cuando se siente triste y solo</p> <p>F1-45. Manifestando que la soledad conlleva a la tristeza</p> <p>F1-41. Manifestando tristeza cuando está solo</p> <p>F2-142. Manifestando pena y preocupación por la falta de apoyo de autoridades locales</p>	
--	---	--

<p>arreglar este lugar.</p> <p>Rosa</p> <p>F1-44. A una edad ya avanzada donde de repente ya da mucha preocupación a la familia por muchos factores que se tiene como enfermedades.</p> <p>F1-48. En esta vida, hay momento de llamar a la familia que uno está padeciendo de algo</p> <p>F2-151. Cuando me enfermo, las personas que se preocupan en primera instancia son mis hijos que viven conmigo, pero ellos tienen que trabajar y de vez en cuando es mi familia.</p> <p>F2-55. Ahorita me encuentro mal, no tengo la facilidad de comunicación tuve una enfermedad muy grave que se me presentó, pero poco apoco ya me estoy recuperando.</p> <p>F2-153. Sí llevo buena relación con mis hijos porque son colaboradores se</p>	<p>F1-44. Manifestando que el adulto mayor da preocupación a la familia</p> <p>F1-48. Manifestando la falta de apoyo familiar</p> <p>F2-151. Refiriendo la importancia de la presencia de los hijos, cuando éste se enferma</p> <p>F2-55. Manifestando deficiencia de comunicación por una enfermedad</p> <p>F2-153. Manifestando asertiva comunicación con sus hijos</p>	<p>Considerando la preocupación de la familia hacia el adulto mayor</p> <p>La integración familiar hace sentirse feliz al adulto mayor</p>
--	---	--

<p>ayudan uno al otro</p> <p>Amapola</p> <p>F1-49.Nosotros nos sentimos siempre felices y contentos cuando estamos juntos.</p> <p>F2-157.Y me siento feliz cuando estoy con todos mis hijos reunidos.</p> <p>ES-195. Ver a mis hijos que disfruten me hace sentir sinceramente feliz, porque yo doy todo de mí.</p> <p>E-194. A mí me hace sentirme feliz cuando estoy con mi familia que esté sana, contenta, que no tenga problemas conyugales.</p> <p>E-200. Recuerdo a mi madre, sueño a veces con mis seres queridos, pero es pasajero.</p> <p>F2-122. La gente que me rodea están conmigo y son muy importantes me ayudan mucho a recuperarme bastante, digamos unas dos horas o tres horas al</p>	<p>F1-49.Manifestando la importancia de la integración</p> <p>F1-157.Manifestando la felicidad cuando esta con la familia</p> <p>ES-195.Manifestando sentirse feliz cuando sus hijos disfrutan</p> <p>E-194. Refiriendo tener felicidad cuando no hay problemas</p> <p>E- 200. Manifestando los recuerdos de sus seres queridos</p> <p>F2-122.Manifestando la importancia de la gente que le rodea para estar bien</p>	<p>Manifestando que la familia sin problemas genera bienestar</p> <p>Manifestando la importancia de ser reconocido por parte de la sociedad al adulto mayor</p>
---	--	---

<p>día estoy con ellos, así es.</p>		<p>Vivencias que manifiestan la importancia de la vida social en el adulto mayor</p>
-------------------------------------	--	--

<p>Esfera social</p> <p>Clavel</p> <p>F1-28 Nosotros también a veces participamos en diferentes actividades, Cuando somos invitados por la municipalidad o por otro grupo de adultos mayores llámese: La flor, tantas asociaciones que tenemos vamos y compartimos momentos de alegría</p> <p>ES-189. Salimos de paseo por que la municipalidad nos invita También en otras actividades, como almorzar a un restaurant si se trata de tomar vino tomo si no, no.</p> <p>ES-187. Tomo cerveza lo necesario, un vaso de Vodka, Vino en toda reunión para compartir</p> <p>ES-185. A los viejos solo los veo en la asociación, salgo con mis amigos, asisto a reuniones sociales.</p>	<p>F1-28 Considerando la participación en actividades sociales como fomento de alegría</p> <p>ES-189. Refiriendo, que la invitación es como parte de la actividad social</p> <p>ES-187. Refiriendo que la actividad social, es un espacio para compartir una bebida alcohólica</p> <p>E-185. Refiriendo que las reuniones sociales son una forma de relacionarse con amigos</p>	<p>Importancia de la comunicación entre adultos mayores</p>
--	---	---

<p>Hortensia</p> <p>F1-190. Estoy en constante comunicación con la Municipalidad, nosotros pertenecemos al Ministerio de la mujer.</p>	<p>F1-190. Refiriendo que mantiene comunicación con la Municipalidad</p>	<p>Realizando labor social</p>
<p>Clavel</p> <p>F1-188. Siempre estoy en constante comunicación con mis amigos, como Uds. Saben, aquí nos reunimos los martes, en mi condición de presidente.</p>	<p>F-188. Refiriendo que hay comunicación con los amigos de la Asociación</p>	<p>Manifestando formar parte de la asociación.</p>
<p>Hortensia</p> <p>F1-129. Algunos momentos conversamos de las actividades que realizamos nosotros y tratamos de que entre nosotros haya comunicación y concordancia.</p>	<p>F1-129. Manifestando que la concordancia y comunicación son aspectos importantes al interior de la asociación del adulto mayor</p>	
<p>Rosa</p> <p>F1-32. Pero tratamos de que todos los adultos mayores nos llevemos lo mejor que podamos.</p>	<p>F1-32. Refiriendo la importancia de la unión de grupo</p>	<p>La importancia que tiene para el adulto mayor la participación con los amigos.</p>

<p>Hortensia</p> <p>F1-37. Yo hago, también, labor social y también firme un convenio con la clínica Cayetano.</p> <p>F1-38. Llevo a los de la tercera edad su prótesis gratuita. Eso es mi labor social ayudar al que más necesita.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-36. Me organizo y ayudo a los que me necesitan.</p> <p>Amapola</p> <p>F1-39. Yo estoy en una directiva de bienestar social. Voy a ver a las personas como están y voy a una congregación. Esa es mi labor ayudar a las personas tanto física y espiritualmente</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-124. Para hacer labor social, mi objetivo fue, es decir, defender la niñez,</p>	<p>F1-37. Manifestando la labor social que realiza</p> <p>F1-38. Refiriendo la ayuda social a los que más necesitan</p> <p>F1-36 Refiriendo estar organizado para dar apoyo social</p> <p>F1-39. Manifestando ayudar a las personas en su estado físico y espiritual</p> <p>F2-124. Manifestando labor social como objetivo para defender la niñez y dar</p>	
--	--	--

<p>juventud y la familia y en eso me entretengo y me reúno gracias a Dios.</p> <p>Orquídea</p> <p>F2-133. No participo en ningún grupo de mi comunidad solo aquí nomas, acá en la comunidad participo en danzas y charlas que tenemos.</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-144. No participo en otro grupo solo aquí en la asociación, es porque estoy mal señorita porque el doctor me prohibió que no me vaya muy lejos por mi enfermedad.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-136. No participo en ninguna actividad de mi comunidad, solo acá, y en la parroquia una vez por semana.</p> <p>Clavel</p> <p>F1-33. Bueno no sé cuál sería otra actividad creo que con esto llenamos el</p>	<p>gracias a Dios por reunirse</p> <p>F2-133. Manifestando que no pertenecen a otro grupo de la comunidad solo a la asociación.</p> <p>F2 144 Manifestando su participación en la asociación por motivo de su enfermedad</p> <p>F2-136. Manifestando la participación de la Asociación y la parroquia</p> <p>F1-33. Expresando llenar el vacío que</p>	
--	--	--

<p>vacío que nos falta a nosotros.</p> <p>Pensamiento</p> <p>F2-120. Con mis amigos me reúno de vez en cuando y con mis familiares cuando hay algún cumpleaños u otro motivo. Pero no, si no, solo cuando hay algún motivo</p> <p>Tulipán</p> <p>F2-121. Estoy con mis amigos siempre en reuniones, pero sí cuando hay algún motivo familiar nos reunimos, también cuando me invitan mis amigos del barrio.</p> <p>Clavel</p> <p>F2-126. Me reúno con mis amigos solo acá en la asociación los martes.</p> <p>Hortensia</p> <p>F2-131. Bueno, con mis familiares me reúno cada cierto tiempo, porque a veces no se les puede visitar.</p> <p>Rosa</p>	<p>siente</p> <p>F2-120. Manifestando la reunión con los amigos y familiares en cumpleaños u otro motivo</p> <p>F2.121 Manifestando que se reúne con los amigos de la asociación</p> <p>F2-126. Manifestando reunirse con los amigos de la asociación</p> <p>F2-131. Manifestando la poca frecuencia que tienen con la familia</p>	<p>La importancia que tiene para el adulto mayor la participación con la familia.</p>
--	--	---

<p>F2-128. Mi familia me visita de vez en cuando porque trabajan.</p> <p>Amapola</p> <p>F2-132. Bueno, yo vivo casi con todos mis hijos y mi esposo aunque al resto de la familia lo veo a las quinientas.</p>	<p>F2-128. Refiriendo la poca visita con la familia.</p> <p>F2-132. Refiriendo la poca frecuencia que ve a su familia</p>	
---	---	--