



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

---

---

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD DEL  
ADULTO MAYOR Y LA INFLUENCIA  
DEL APOYO FAMILIAR**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A :**  
**FIGUEROA ACOSTA EDITH JIMENA**

**A S E S O R A :**  
**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ**

**Los Reyes Iztacala, Estado de México**



**2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

---

---

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN DE LA SOLEDAD DEL  
ADULTO MAYOR Y LA INFLUENCIA  
DEL APOYO FAMILIAR**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A :**

**EDITH JIMENA FIGUEROA ACOSTA**

**J U R A D O :**

**VOCAL: DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ**

**PRESIDENTA: MTRA. MARÍA GUADALUPE LÓPEZ SANDOVAL**

**DIRECTORA: LIC. ALEJANDRA MARTÍNEZ MIRANDA**

**SUPLENTE: MTRA. ELSIE ARIADNA ROCHA LARA**

**SUPLENTE: LIC. ÁFRICA ALEXANDRA DEL CASTILLO PAULINO**



## DEDICATORIA

A mi papá Chuy.

Quien ya no está presente pero él me enseñó mucho acerca de la vida. Mi amigo, mi héroe y mi gran compañero que siempre cuidó de mí y me hizo llegar hasta donde me encuentro ahora. De él aprendí a luchar contra las adversidades y siempre estuvo para mí cuando más lo necesitaba. Cuando él enfermó, además de su hija, también fui su enfermera y me partía el alma verlo sufrir. Quise que todo terminara pero realmente me sorprendía su fortaleza. A pesar de todo el dolor y el sufrimiento jamás lo vi derramar una sola lágrima. Él sonreía y yo, en cambio, sólo me ocultaba para llorar en silencio. Luchó hasta el último minuto y puedo decir que de todos los pacientes que he tenido, jamás había visto a alguien tan fuerte. ¡Siempre fue el mejor guerrero!

Todo esto es por él y para él. Sé que estaría muy orgulloso de mí. Hubiera dado lo que fuera para que siguiera aquí conmigo, viendo como triunfo en la vida y poder compartir todos mis logros con él. Cada éxito está dedicado a él y este es sólo el inicio.

A mi mamá Anita.

Por apoyarme siempre incondicionalmente a pesar de todos los roces que hemos tenido. Por haberme dado la vida y acompañarme en mi trayectoria estudiantil. No he sido la mejor hija, pero le debo todo lo que tengo y lo que soy ahora.

A mi hermano Leonardo.

Por estar siempre conmigo, cuidar de mí e impulsarme a seguir adelante. Él ha sido mi mejor compañero de vida, los mejores y peores momentos los he pasado a su lado y siempre está allí para darme una mano.

A mi familia.

Son otra parte muy importante de este proceso. A mi tía Came, quien también se ha adelantado en el camino, la única enfermera de la familia. Ella me motivó a no desistir de la carrera en un principio y gracias a sus anécdotas logró que me interesara por el arte de la Enfermería.

A mis tíos, tías, a mi abuelita, a mis primos y primas que indirectamente han contribuido a la realización de este proyecto. Porque hemos pasado excelentes momentos y por motivarme a continuar.

A mis padrinos Javier, Macu y a su hija Marina.

Por estar siempre al pendiente de mí y de mis avances en la carrera. Porque a pesar de que nos separa un océano, los siento muy cerca cada vez que platicamos y preguntan cómo va todo.

A mis amigos.

Quienes son pocos pero verdaderos y que siempre están presentes en los buenos, malos, mejores y peores momentos. Por compartir conmigo historias increíbles e inolvidables. Porque sé que puedo contar con ellos en cualquier situación.

A mis profesores.

Por su tiempo que me brindaron en el aula y fuera de ella. Por todos sus conocimientos y enseñanzas que me han compartido. Principalmente por contribuir a la formación de lo que soy ahora.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por inculcarme buenos hábitos y valores, por corregir mis errores y celebrar mis triunfos. Por aconsejarme y apoyarme en todo momento. Y sobre todo por el amor y cariño que me dio mi papá y el que continúa dándome mi mamá.

Gracias a mi hermano por ser simplemente el mejor, siempre.

Gracias a mis amigos por brindarme una mano en los peores momentos y acompañarme a vivir. Porque aún estando lejos, están siempre conmigo y aunque puedo contarlos con los dedos de una mano, son la mejor familia que pude haber elegido.

Gracias a mi asesora de tesis, la doctora María de los Ángeles, quien sin su guía, exigencia y valioso asesoramiento, esta tesis no hubiera sido posible. Por haberme dado la oportunidad de continuar en el servicio social cuando tuve algún tropiezo, ella me demostró su apoyo, creyó en mí y confió en que podía salir adelante.

Gracias a la maestra Elsie y la profesora África por ser parte esencial en mi formación académica y por la sabiduría que me transmitieron. Porque sin ser su trabajo me ayudaron a salir de un pozo sin fondo en el que me encontraba y me motivaron a seguir viviendo. Por ser increíbles seres humanos a quienes les debo mucho. Por haber ido más allá de su labor de enseñanza e influir positivamente en mi vida.

A la maestra Guadalupe por acompañarme en la elaboración de esta tesis y por sus consejos para la culminación de la misma. Por esas charlas motivacionales y por ser tan buena persona conmigo.

Y por último pero no menos importante, a la profesora Alejandra porque de ella aprendí a tratar a los adultos mayores, siempre siguiendo su ejemplo de amabilidad y respeto. Por sus conocimientos compartidos que sirvieron para la elaboración de esta tesis. Por ser una persona con un gran corazón lleno de amor.

“A veces cuando algo sucede, pensamos que no debería haber ocurrido así. Por eso sentimos, cuando muere un ser querido o cuando sufrimos cualquier derrota, que todo ha terminado. Y no es verdad. Ese es el principio siempre. Porque la grandeza se alcanza, no cuando todo va bien, sino cuando la vida te pone a prueba, cuando tienes un gran tropiezo, cuando te decepcionan, cuando la tristeza te invade. Porque solamente estando en lo más profundo del valle, puede saberse lo magnífico que es estar en la cima de una montaña”.

Anthony Hopkins (Nixon).

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I

<b>1.1. Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Problematicación.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Pregunta de Investigación.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 .Objetivo.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5. Justificación.....</b>	<b>14</b>

## CAPÍTULO II

<b>2.1. Estado del Arte: Antecedentes.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. Abordaje Conceptual.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3. Abordaje Teórico.....</b>	<b>24</b>
2.3.1. El Adulto Mayor en la Familia.....	24
2.3.2. Enfermería y el Apoyo Social del Adulto Mayor.....	28
2.3.3. Cambios Fisiológicos del Envejecimiento.....	30
2.3.4. Principales Teorías Sobre el Envejecimiento.....	38
2.3.5. Aspectos Psicosociales del Envejecimiento: Imagen Social de la Vejez.....	42
2.3.6. Influencia de los Cambios Propios del Envejecimiento en la Satisfacción de las Necesidades del Adulto Mayor.....	47
2.3.7. Abusos y Malos Tratos al Anciano.....	62
2.3.8. Consecuencias de la Soledad en Adultos Mayores.....	64

### **CAPÍTULO III**

<b>3.1. Abordaje metodológico.....</b>	<b>70</b>
3.1.2. Diseño.....	70
3.1.3. Enfoque.....	70
3.1.4. Descripción del Método Utilizado.....	74
3.1.5. Sujetos de Investigación - Personas Informantes.....	75
3.1.6 Técnica de Recolección de Datos.....	75
3.1.7. Método para el Procesamiento de Datos.....	78
3.1.8. Aspectos Éticos.....	79
3.1.9. Criterios de Rigor Científico.....	80
<b>3.2. Entrevista de Investigación del Tema.....</b>	<b>81</b>
<b>3.3. Categorías.....</b>	<b>82</b>

### **CAPÍTULO IV**

<b>4.1. Hallazgos.....</b>	<b>84</b>
----------------------------	-----------

### **CAPÍTULO V**

<b>5.1. Importancia para Enfermería.....</b>	<b>95</b>
<b>5.2. Conclusiones.....</b>	<b>96</b>
<b>5.3. Recomendaciones y/o Propuestas.....</b>	<b>98</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>99</b>
----------------------------------------	-----------

## CAPÍTULO I

### 1.1. INTRODUCCIÓN.

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad. V. Madoz<sup>1</sup>, describe la soledad como el "convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional".

Soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia a la soledad como un hecho constatado, visible al ojo de cualquier observador; la soledad subjetiva, por otro lado, se refiere a la paradoja de que, aun estando una persona rodeada de gente, ésta se siente sola, esto es, se refiere a la percepción que tiene la persona sobre su situación.

En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado emocional puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo y socialmente, y perder toda motivación ante la vida.

Las consecuencias psicológicas de la soledad en el adulto mayor pueden llevarlo desde el aislamiento hasta la psicosis. Pueden empezar a confundir los nombres y rostros de las personas, así como los lugares donde se encuentran. Surgen enfermedades como el Alzheimer, demencia, Parkinson, entre otros.

Cada vez somos más y en cambio estamos cada vez más solos.

Este trabajo consta de 5 capítulos.

El primero contiene la introducción donde se da un breve resumen de lo que tratará esta tesis; la problematización que explica el porqué de la elección del tema a desarrollar; la pregunta de investigación; el objetivo general; y por último la justificación.

El segundo capítulo consta del abordaje conceptual y marco teórico que contienen las definiciones más importantes y los temas principales del proceso de envejecimiento respectivamente.

Se utiliza el modelo de Virginia Henderson ya que es el que mejor se adapta al contexto de la presente investigación, presentando cada necesidad del adulto mayor junto con sus cambios biopsicosociales. Esto para poder intervenir en la satisfacción de sus necesidades y promover la independencia.

En el capítulo III se incluye el abordaje metodológico, que es el método con el cuál se realizará la investigación.

El cuarto capítulo contiene los hallazgos y la discusión, donde se explicarán los resultados obtenidos de la presente investigación.

Por último el capítulo V donde se explican las conclusiones y las recomendaciones y/o propuestas para solucionar el problema de la soledad y el apoyo inadecuado a los adultos mayores por parte de su familia, o bien, dar respuesta a sus necesidades de convivencia, comunicación y recreación para contribuir a un envejecimiento exitoso en las dimensiones físicas, sociales y psicológicas.

## **1.2. PROBLEMATIZACIÓN.**

Durante mi formación como alumna de la Licenciatura en Enfermería tuve la oportunidad de cursar la materia optativa Enfermería Geronto – Geriatría, donde realizando prácticas en Fundación Alzheimer, CASSAM, DIF Tacuba y también en prácticas hospitalarias de sexto semestre, pude convivir con adultos mayores en diversas situaciones, las cuales son muy contrastantes ya que algunos de ellos tenían a su familia, quienes los apoyaban en todos los aspectos y se preocupaban por ellos. Por otro lado, pude observar que una gran cantidad de adultos mayores se encuentran en situación de soledad, ya que son abandonados tanto en hospitales como en centros geriátricos o son maltratados por sus familias. Al platicar con algunos de ellos, han referido que sus hijos no se acuerdan de sus cumpleaños o nos los visitan ni en navidad y año nuevo, que sólo les llaman cuando necesitan dinero o algún favor como cuidarles a los hijos, incluso mencionan que al estar viviendo con su familia se sienten completamente solos porque los abandonan en un cuarto y no les hacen mucho caso, sólo se ven a la hora de la comida o en algunas reuniones familiares muy esporádicas.

He notado que la soledad lleva a los adultos mayores a tener consecuencias muy perjudiciales. Ellos entran en un estado de depresión del cual es muy difícil sacarlos adelante, generalmente ellos mueren porque pierden el interés por la vida y literalmente se dejan morir de distintas maneras, generalmente dejando de comer.

El papel familiar también es muy importante, ya que la mayoría de los adultos mayores, al no tener ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades más básicas, depende económicamente de sus hijos y estos, al tener su propia familia y otros intereses, dejan a un lado a sus padres.

Lo que me motivó a elegir el tema de soledad y apoyo familiar en adultos mayores para mi tesis, es que este grupo de personas al ser el más vulnerable y desprotegido de la población y que en un futuro la pirámide poblacional vaya a invertirse, siendo los adultos mayores la mayoría de los habitantes para mediados

del 2050, según estadísticas del INEGI<sup>2</sup>, debe ser necesaria una manera de contribuir desde el punto de vista de Enfermería para poder lograr que la población adulta mayor tenga un menor impacto de la soledad en sus esferas biológicas, ya que muchas veces las personas lo consideran como algo normal, propio del envejecimiento y por lo tanto, no es algo que se mencione comúnmente en las visitas al médico. Esto genera dificultades emocionales que llegan a manifestarse con síntomas somáticos como dolor de pecho o en articulaciones, o, como se mencionó anteriormente, síntomas depresivos, lo cual no es verbalizado a sus familiares por temor a que la indiferencia hacia ellos aumente.

Resulta de gran importancia dar respuesta a esta problemática, ya que puede determinar el curso de la vida de adultos mayores que se encuentren en esta situación.

Considero que es vital poner mayor atención a la población adulta mayor para que su envejecimiento sea exitoso y satisfactorio para mejorar su calidad de vida, evitando que problemas emocionales, que algunos pudieran considerar como simples, los lleve incluso al fallecimiento.

### **1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cómo percibe el adulto mayor la soledad y el apoyo que su familia le brinda?

### **1.4. OBJETIVOS.**

#### **1.4.1. Objetivo general.**

Interpretar la percepción de la soledad en adultos mayores y la influencia del apoyo que recibe por parte de su familia.

#### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- Identificar cuáles son los principales factores que propician la soledad en el adulto mayor.
- Identificar el papel de la familia en el apoyo del adulto mayor.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN.

La proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula que entre el año 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%<sup>3</sup>. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo<sup>4</sup>.

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Laforest<sup>5</sup>, define tres crisis asociadas al envejecimiento:

- La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.
- La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).
- La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

En la vejez, se viven algunas experiencias especialmente duras que suponen una ruptura con la vida anterior, son vivencias que pueden tener graves consecuencias emocionales.

- El Síndrome del nido vacío.
- Relaciones familiares pobres.
- La muerte del cónyuge.
- La salida del mercado laboral.
- La falta de actividades placenteras.
- Los prejuicios.

## CAPÍTULO II

### 2.1. ESTADO DEL ARTE: ANTECEDENTES.

Para fines de esta investigación, se encontraron los siguientes antecedentes relacionados con el objetivo de estudio.

#### “EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD EN ADULTOS”

Cardona Jiménez Jairo León, Villamil Gallego María Mercedes, Henao Villa Eucaris, Quintero Echeverri Ángela. Medellín, Colombia, 2013.

Objetivo: Caracterizar los tipos de soledad en las personas mayores que asisten a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín, Colombia y su asociación con algunas variables sociodemográficas.

Metodología: Estudio de corte transversal realizado en personas de 55 y más años que asisten a los grupos de la tercera edad del municipio de Medellín para un total de 1.169 encuestados en 2011. Para la recolección de la información se aplicó el instrumento escala ESTE de medición de la soledad, validado para Colombia.

Resultados: Se halló una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer; las personas que no tienen pareja manifiestan más soledad y, a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Las personas adultas que viven solas tienen mayor sentimiento de soledad.

Conclusiones: Las variables de edad, estado civil, grado de escolaridad, estrato y número de personas con las que se convive, están asociadas con la soledad en el adulto mayor.

“LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES: FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO. EVIDENCIAS EMPÍRICAS EN ADULTOS MAYORES CHILENOS”.

Sequeira Daza Doris. Granada, 2011.

Objetivo: Identificar algunos predictores de riesgo asociados a la soledad y elaborar un perfil de riesgo de las personas mayores susceptibles de experimentar soledad.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. La muestra fue de 350 personas entre los 65 años y 95 de la comuna de Valparaíso, Chile, a la cual se le aplicó un instrumento compuesto por preguntas orientadas a obtener información socio-demográfica, psicológica y del estado de salud y de las escalas de Auto-eficacia Generalizada, Satisfacción con la Vida, Inventario Multifacético de Soledad para el Adulto Mayor y la Escala de Apoyo Social de MOS.

Resultados: Muestran que las variables seleccionadas en la muestra investigada, explicaron el 52% de la varianza de la soledad. Las variables que se asociaron significativamente con la soledad fueron la presencia de enfermedades crónicas ( $p= 0.036$ ), la edad ( $p= 0.009$ ), el tipo de convivencia ( $p= 0.001$ ), la satisfacción con la vida ( $p= 0.001$ ), la percepción del estado de salud ( $p= 0.004$ ) y del ánimo ( $p= 0.001$ ) y el apoyo social ( $p= 0.001$ ), mientras que las que no aportaron información significativa fueron la auto-eficacia, el sexo, la participación en organizaciones, los ingresos y el nivel de estudios.

Conclusiones: Los resultados obtenidos aportan evidencia empírica de la concepción multidimensional de la soledad en las personas mayores permitiendo identificar aquellos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la soledad, los factores protectores de la soledad y a la elaboración de un perfil de riesgo de las personas susceptibles de experimentar soledad.

## “EL AFRONTAMIENTO DE LA SOLEDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA”

Cardona Jiménez Jairo León, Villamil Gallego María Mercedes, Henao Villa Eucaris, Quintero Echeverri Ángela. Colombia, 2011.

Objetivo: Explorar cómo el adulto afronta o afrontaría el sentimiento de soledad.

Metodología: estudio descriptivo, transversal. Se realizó una pregunta abierta a 180 adultos para identificar la posible forma de enfrentar la soledad si ésta se presenta o se presentara en algún momento de la vida.

Resultados: Se obtuvieron cinco categorías sobre cómo afronta o afrontaría la soledad: buscar compañía (36%), distracción (21.9%), aceptación (14.6%), Dios (10.1 %) y otros (17.4).

Conclusiones: el afrontamiento de la soledad asumido por los adultos está enfocado a formas activas, se advierte la necesidad de relacionar recursos externos e internos con la vida diaria para promover potencialidades en el individuo y, por ende, mayores posibilidades para afrontar su sentimiento de soledad.

**“CONCEPCIONES POPULARES SOBRE SOLEDAD DE LOS ADULTOS  
MAYORES DE ESPAÑA Y BUCARAMANGA, COLOMBIA”**

Ramona Rubio Herrera, Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Rubiela Muñoz Mejía,  
Erika Alejandra Pinzón Benavides. España, 2011.

Objetivo: Comparar las concepciones populares de soledad de los adultos mayores de España y los adultos mayores de Bucaramanga, Colombia.

Metodología: Se utilizó un diseño cualitativo comparativo de los resultados arrojados por la “Encuesta Concepción de Soledad” con el ítem número 16 del cuestionario “La soledad en las personas mayores”.

La muestra fue conformada por 1956 adultos mayores de España y 6607 adultos mayores de Bucaramanga, Colombia. Los criterios de inclusión tomados en cuenta en las 2 poblaciones fueron ser mayor de 65 años.

Resultados: Se encuentra predominancia de las concepciones negativas sobre la soledad, alta incidencia en concepciones relacionadas con la familia, categorías que hacen referencia a la soledad objetiva y subjetiva, concepciones positivas presentes en la población colombiana.

## “CARACTERIZACIÓN DEL BINOMIO ADULTO MAYOR-FAMILIAR DE CONVIVENCIA”

Rosa Ma. Aguilar Hernández, Aurora Félix Alemán, Ma. de la Luz Martínez Aguilar, Ma. Del Carmen Vega Alanis, Ma. Magdalena Quevedo Díaz, Gustavo Gutiérrez Sánchez. México 2012.

Objetivo: Identificar las características del adulto mayor y del familiar de convivencia como base para las acciones.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal con 96 binomios adulto mayor-familiar de convivencia.

Cuestionario de datos biográficos y de salud para el adulto mayor y datos socios demográficos para el familiar, aplicados mediante entrevista en los hogares. Se utilizó el Programa Estadístico SPSS Versión 17.

Resultados: Relación significativa en edad y sexo entre adultos mayores y familiares de convivencia. Media de edad 70 y 45; sexo, mujeres 59.4% y 67.7%; casados o en unión libre 56.3% y 72.9%, respectivamente. Familiar de convivencia hijo/a (54 %) y esposo/a (32%) mayoría mujeres con bajo nivel de escolaridad (65%) y ocupación labores del hogar (64%).

Conclusiones: La convivencia es favorable para la salud porque hay un mayor control de las conductas de riesgo. Relevancia de las características del binomio adulto mayor-familiar de convivencia para las acciones de promoción y prevención en los hogares, orientadas a fortalecer la relación y desarrollar habilidad en la atención al adulto mayor.

## 2.2. ABORDAJE CONCEPTUAL.

Para fines de esta investigación, es necesario abordar los conceptos incluidos en el estudio.

### **Familia.**

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio—que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia—, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros<sup>6</sup>.

Tipos de familia.

- **Familia nuclear.** Formada por la madre, el padre y su descendencia.
- **Familia extensa.** Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- **Familia monoparental.** En la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de sus padres.
- **Familia ensamblada.** En la que está compuesta por agregados de dos o más familias.
- **Familia homoparental.** En la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.

## **Soledad.**

En principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.

No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores. Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran.

Lo peor de la soledad es el aislamiento. Se puede estar acompañado y no hacerse acompañamiento uno a otro; entonces se está aislado. Por eso se habla de soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia a la falta de compañía, donde están el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios y que no siempre implica una vivencia desagradable sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas se han visto obligadas a ello.

La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas. Es un sentimiento doloroso y temido por el 22% de las personas mayores. Nunca es una situación buscada<sup>7</sup>.

## **Aislamiento.**

Aislamiento es la acción y efecto de aislar. Este verbo refiere a dejar algo solo y separado de otras cosas; apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás; abstraer la realidad inmediata de la mente o de los sentidos.

A nivel social, suele hablarse de aislamiento para referirse a la situación de un individuo que no participa de la vida social, cultural, política o económica de su comunidad por carecer de recursos, capacidades o derechos.

Esto nos llevaría a hablar de lo que se conoce como aislamiento social y tiene lugar cuando una persona, sin desearlo, se aleja de su entorno. Esta acción la lleva a cabo de manera absolutamente involuntaria y puede ser originada por un sinfín de causas tales como su timidez, el ser víctima de bullying, etc<sup>8</sup>.

Al aislamiento se llega por diferentes factores que dependen de las siguientes variables<sup>9</sup>:

- Factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada.
- Factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio.

## **2.3. ABORDAJE TEÓRICO.**

### **2.3.1. EL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA.**

Los progresos de la medicina, así como la importancia otorgada a los estilos de vida saludables, retardan la aparición de la declinación senil. Esta nueva realidad provoca modificaciones en la estructura familiar, ya que la integración plena del adulto mayor coincide, por lo general, con la crisis de la mitad de la vida de sus hijos y la adolescencia de sus nietos.

La prolongación de la expectativa de vida da como resultado en muchos casos, la coexistencia de cuatro generaciones en la red familiar, provocando una serie de modificaciones en la misma.

Las experiencias que percibimos los profesionales de salud en contacto con esta realidad nos muestran que, por lo general, la sociedad no está preparada para enfrentar estos cambios y, por lo tanto, tampoco lo está la familia. Sería deseable que esta última recibiera la formación necesaria para poder responder, adecuada y funcionalmente a este nuevo desafío que le presenta la vida.

Para ello la familia deberá conocer lo que es esperable en un envejecimiento normal, esto es un proceso paulatino y gradual que permite el desarrollo de mecanismos de adaptación y compensación de las funciones que declinan, haciéndose esto notorio sólo en personas de edad avanzada, ya que esto facilita una convivencia armónica entre las distintas generaciones y posibilitará la integración de las mismas, creciendo y nutriéndose con el aporte de una visión diferente de la vida.

Los rasgos de personalidad se mantienen generalmente a lo largo de una vida sana, prácticamente sin modificaciones. Pero a una altura avanzada de la misma, debido al impacto de los factores estresantes y el envejecimiento natural, esta situación se modifica<sup>10</sup>.

Factores estresantes son<sup>10</sup>:

- Deficiencias físicas.
- Retiro laboral.
- Pérdida del conyugue.
- Disminución de la movilidad, incremento del aislamiento social.
- Dificultades para la realización de las AVD.
- Dificultades económicas.
- Enfermedades agudas y crónicas.
- Interacciones medicamentosas y la polifarmacia.

Se debe tener en cuenta desde el punto de vista psicopatológico, que algunas personas han transitado gran parte de la vida con cuadros crónicos de neurosis o psicosis, que acentúan el proceso de envejecimiento. Las patologías neurológicas y psiquiátricas que se presentan con mayor incidencia en esta etapa de la vida son<sup>10</sup>:

- Trastornos por deterioro sensitivo.
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos por ansiedad.
- Somatizaciones.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Abuso de alcohol o de drogas.
- Demencias, tales como la enfermedad de Alzheimer.
- Trastornos psíquicos provocados por enfermedades clínicas.

El conocimiento de estos temas, incluidos su diagnóstico, evolución y las modernas posibilidades de tratamiento, dará mayor serenidad al entorno familiar y lo hará más continente, disminuyendo las posibilidades de expulsión del enfermo.

Todas esas situaciones provocan temor en la vejez, debido a<sup>10</sup>:

- El posible aislamiento de su núcleo familiar y social, provocado por el alejamiento de sus seres queridos, de su hogar y de todo lo que han elegido para conformar su mundo circundante.
- Las dificultades para entablar nuevas amistades a esta altura de la vida.
- Las pérdidas económicas.
- La pérdida de privacidad, que conlleva una vivencia de pérdida de dignidad y de autoestima.

Los hijos de los adultos mayores, se encuentran en la edad adulta media de la vida, generalmente entre los 40 y los 60 años. Son ellos los que tienen el rol jerárquico más alto y, por lo tanto, pueden estar sometidos a mayores tensiones. Ello es consecuencia de la responsabilidad con la que deben asumir la toma de decisiones en momentos difíciles para el grupo familiar, ya que estas últimas van a afectar a todos sus integrantes.

Es en esta etapa que se instala en ellos la temática del paso del tiempo, del envejecimiento y de la muerte.

Siguiendo esta evolución en el tiempo, la generación intermedia va a encontrarse con la falta de autonomía de sus padres mayores y la consecuente inversión de roles entre hijos y padres ancianos. Cuando estos últimos ya no sean capaces de autoabastecerse, cuando se inicie la pérdida de su autonomía. Es este el momento en el que los hijos van a encargarse del cuidado de sus padres mayores.

Asumir este rol es una tarea difícil, y en muchos casos evitada, ya que es común que se acumule<sup>10</sup>:

- La sobrecarga de las tareas de control del entorno familiar.
- La sobrecarga económica.

Existen otros temas que generan angustia y que deben ser resueltos<sup>10</sup>:

- La anticipación de la muerte de sus padres, asociada a la vivencia de acortamiento del tiempo futuro propio y la elaboración de su propia muerte.
- También la vivencia de falta de autonomía futura y la inversión de roles que tarde o temprano se va a repetir con sus propios hijos.

Viktor Frankl<sup>11</sup> menciona en este sentido: "Pocas veces ha sido tan acertada una contestación sencilla a una pregunta simple, como la respuesta de una anciana internada en un hospital de incurables, a la que un día le preguntó un conocido que estaba de visita: «dígame, ¿qué hace usted aquí durante tanto tiempo?» la contestación fue: «¡Santo Dios! por la noche duermo, y por el día me consumo.»... una existencia de este tipo se asemeja más al hecho de vegetar... (pensemos) acerca del deseo de sentido que todos los hombres tienen desde que nacen; acerca del deseo oculto en nosotros de garantizarle un sentido a nuestra existencia."

"Desde el punto de vista psiquiátrico, lo importante no es que uno sea joven o viejo; no importa la edad que se tenga; lo decisivo es la cuestión de si su tiempo y su conciencia tienen un objetivo, al que la persona se entrega, y si ella misma tiene la sensación, a pesar de su edad, de vivir una existencia valiosa y digna de ser vivida; en una palabra, si es capaz de realizarse interiormente, tenga la edad que tenga..."

### **2.3.2. ENFERMERÍA Y EL APOYO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR.**

Norbeck y Tilden<sup>12</sup>, refieren que en la literatura emergen unas suposiciones comunes, el apoyo social se refiere a las interacciones interpersonales que proporcionan apoyo emocional o ayuda real en las tareas o problemas; el cual es usualmente dado y recibido por los miembros de la red social informal, no por desconocidos, profesionales o conocidos casuales, integrantes de la red social formal.

Enfermería ha realizado numerosas investigaciones que respaldan la influencia del apoyo social en la salud física, psicológica y social del adulto mayor, destacándose la familia como la mayor fuente de apoyo social en el mismo. Otros estudios evidencian el papel de la Enfermería, como miembro de la red social formal, sobre el efecto de programas, intervenciones enfocadas en el apoyo social del adulto mayor, optimizando las relaciones de apoyo informal o movilizándolo el apoyo de nuevos vínculos sociales.

El rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

De lo anterior surge una serie de estrategias que Enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío

de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones<sup>13</sup>.

### **2.3.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO.**

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar distintas enfermedades<sup>14</sup>.

#### **Talla y peso.**

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20 % promedio<sup>14</sup>.

#### **Piel y Fanéreos.**

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. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas, la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudo elastina que da el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso.

Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogriposis.

El tejido conectivo disminuye su contenido colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo y existe trasvasación de sangre con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan el llamado púrpura senil<sup>14</sup>.

### **Sistema Músculo Esquelético.**

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años ya que las fibras tipo II disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por las implicancias clínicoepidemiológicas que pueden tener. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D<sup>14</sup>.

### **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% produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas no generalizada. La circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas como los haces piramidales,

células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.

La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones dendríticas enlenteciendo al sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta.

Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo<sup>14</sup>.

### **Oído y Audición.**

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas<sup>14</sup>.

### **Ojo y Visión.**

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropion o ectropion. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el arco senil. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis

de pigmentos produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años<sup>14</sup>.

### **Sistema Endocrino.**

Pituitaria: Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

Glucosa e insulina: No hay disminución de la secreción pancreática de insulina; pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.

Tiroides: Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%, los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta la tendencia a presentar nódulos tiroideos así como la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

Paratiroides: El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio, por otro lado la calcitonina aunque disminuye su concentración mantiene su actividad.

Suprarrenales: El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides<sup>14</sup>.

### **Sistema Inmune.**

La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en un órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides. Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos<sup>14</sup>.

### **Sistema Renal y Vías Urinarias.**

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente al riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal. Cerca de un 50% de las nefronas desaparecen entre los 30 a 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml min. cada 10 años.

Es probable que la disminución normal del flujo renal que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal. En cuanto a las vías urinarias, estas se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres<sup>14</sup>.

## **Sangre y coagulación.**

Aunque la anemia se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de patologías que conlleven a esta condición debería evitar la aparición de recuentos disminuidos de glóbulos rojos. El tiempo de protrombina y el TTPa no cambian con la edad. Pero el fibrinógeno aumenta sustancialmente, así como los factores VII, VIII<sup>14</sup>.

## **Sistema Cardiovascular.**

A nivel del sistema cardiovascular es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años. Por otra parte estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento. El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor.

Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema excito-conductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excito-conductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos, por lo tanto es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor. Aparece una mayor activación intracardiaca de angiotensina lo que derivaría en cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca.

El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir sus necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El

consumo de O<sub>2</sub> máximo disminuye así como las frecuencias máximas en ejercicio. Hay disminución de la respuesta de los receptores beta-adrenérgicos, lo cual contribuye a la reducción de la actividad de la enzima adenilato-ciclasa del músculo cardíaco.

Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos lo que derivará en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial<sup>14</sup>.

### **Sistema Respiratorio.**

Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada con aumento del diámetro antero-posterior del tórax, por cuanto la distensibilidad de la pared muscular disminuye. Disminuye la elastina de la pared bronquial así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes.

La capacidad vital y el volumen espiratorio forzado disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del árbol bronquial, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación, disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO<sub>2</sub><sup>14</sup>.

### **Sistema Digestivo.**

Se produce a nivel del gusto una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde por alteraciones de los plexos entéricos la coordinación de los músculos esofágicos. El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.

La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon. A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuentes la existencia de úlceras. La capacidad de metabolización hepática es menor provocando cambios en la farmacocinética de muchos medicamentos<sup>14</sup>.

#### **2.3.4. PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.**

Existen más de 300 teorías sobre las causas del envejecimiento y continúan aumentando. Cualquier teoría sobre el envejecimiento debe explicar no sólo el mecanismo de desarrollo de un ser vivo y su eventual muerte, sino principalmente las variaciones evolutivas de su vida y las razones por las que el envejecimiento tiene diferentes parámetros en distintas especies, tejidos, órganos y células<sup>15</sup>.

##### **Teorías estocásticas:**

Engloban fenómenos productos del azar y, en consecuencia, deben ser estudiados recurriendo a cálculos probabilísticos.. Postulan que se produce una acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales provocada por la exposición a factores exógenos adversos. Este grupo incluye las siguientes teorías.

- Teoría de los radicales libres.

Esta teoría se basa en que los radicales libres de oxígeno producidos por las vías metabólicas de organismos aerobios están implicados en el envejecimiento. La acumulación de daño oxidativo sobre las macromoléculas celulares causado por dichos radicales, junto al empeoramiento de los mecanismos celulares protectores, son parte de los cambios fundamentales encontrados en la senescencia. En un principio, las células se defenderían generando antioxidantes, pero con el paso del tiempo, el alto grado de oxidación sobrepasa la capacidad antioxidante celular, dando lugar al denominado estrés oxidativo.

- Teoría inmunológica.

Explica el fenómeno desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, traducido en una menor capacidad para producir anticuerpos.

- Teoría de la acumulación de productos de desecho.

Con el paso del tiempo, en el interior de las células se van acumulando diversos cuerpos pigmentados, entre ellos la lipofuscina; el depósito de esta sustancia origina una disminución en el volumen del citoplasma, en el número de

mitocondrias y en el nivel de vacuolización celular. Esta acumulación tiene lugar fundamentalmente en células que no se dividen, tales como las neuronas o las fibras musculares estriadas.

- Teoría de las interconexiones o del entrecruzamiento.

El fundamento de esta teoría radica en que con la edad se producen alteraciones por uniones de naturaleza fuerte o débil entre dos o más moléculas; aunque individualmente consideradas uniones reversibles, tales uniones se irían acumulando con el tiempo y producirían la alteración de funciones fisiológicas celulares. Las interconexiones llevarían aparejado un aumento de la viscosidad de dicho medio, siendo por tanto afectado el flujo de nutrientes y la eliminación de los productos de desecho.

- Teoría del error catástrofe.

Según esta teoría, en el envejecimiento tendrían lugar errores en el proceso de transcripción de la información contenida en el ADN al ARN o en la traducción de proteínas involucradas en la síntesis y la reparación del mismo ADN o de las proteínas; el error es inevitable cuando sobrepasa la capacidad de reparación de la célula.

- Teoría de la mutación somática.

Establece que las mutaciones en el ADN de las células somáticas tendrían lugar principalmente a nivel de las mitocondrias; de esta forma, las células imposibilitadas para regenerar sus poblaciones mitocondriales, experimentarían una reducción irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, lo que a su vez generaría la degradación senescente del funcionamiento fisiológico, cuyo corolario final sería la muerte celular.

- Teoría de la regulación génica.

Cada especie posee un conjunto de genes que aseguran su desarrollo y su reproducción; tras la reproducción se produciría un desequilibrio entre los

diferentes factores genéticos que permitieron el mantenimiento de la fase reproductiva, finalmente, al deterioro de los diferentes tejidos.

- Teoría de la diferenciación terminal.

Esta teoría establece que el tras un determinado número de divisiones celulares, se activan los genes que codifican determinadas proteínas, las cuales inhiben el crecimiento celular, a la vez que impiden la expresión de otras proteínas que facilitan dicho crecimiento celular.

- Teoría de la inestabilidad del genoma.

El envejecimiento sería consecuencia de la inestabilidad del genoma, de modo que se producirían modificaciones a nivel del ADN y en la expresión de los genes sobre el ARN y las proteínas<sup>15</sup>.

#### **Teorías deterministas:**

Establecen que el envejecimiento está programado de forma innata en el genoma de cada organismo.

- Teoría de la capacidad replicativa finita.

Esta teoría se basa en el agotamiento del telómero, en cual tendría lugar un elevado número de divisiones celulares; dicha estructura contiene los genes esenciales.

En un principio, las células al dividirse no replican completamente sus cromosomas, sino que en cada división hay una pérdida progresiva de los fragmentos finales. Tras un elevado número de divisiones, esta pérdida afectaría al telómero produciéndose entonces la pérdida de genes esenciales.

La longitud del telómero y la actividad telomerasa, son biomarcadores que podrían estar implicados en el proceso de envejecimiento.

- Teoría de los relojes biológicos.

El envejecimiento sería una consecuencia predeterminada de sucesos escritos en el genoma celular. De este planteamiento se deduce, que el envejecimiento sería una expresión ordenada y programada del mensajero genético de cada organismo.

- Teorías evolutivas.

Estas teorías establecen que la senescencia es perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores. Actualmente se admiten tres teorías evolutivas para intentar explicar el proceso de envejecimiento:

- Primera teoría: establece que el envejecimiento es una adaptación necesaria y programada en el proceso de desarrollo, ya que si no hubiese envejecimiento o senescencia, el recambio y la renovación de las poblaciones se vería afectado.
- Segunda teoría: las mutaciones perjudiciales que se activan tardíamente son las responsables de la senescencia.
- Tercera teoría: postula que el envejecimiento es el fruto de un desequilibrio entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana<sup>15</sup>.

### **2.3.5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO: IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ.**

Los estudios históricos revelan que en las sociedades premodernas se consideraba “vieja” a una persona cuando, desde un punto de vista económico o físico, dejaba de ser independiente. Se trataba, por tanto, de una cuestión individual que no estaba sometida a una regulación cronológica estricta por parte de la sociedad.

En las sociedades occidentales, sociedades de masas, el cambio social es tan rápido que las personas de diferentes edades llegan a desarrollar valores diferentes frente a muchos aspectos de la vida social. Ello explica que en el siglo XX se haya constatado un incremento de la diferenciación interna de las sociedades en función de la edad. La característica más destacada del grupo de edad avanzada es la jubilación<sup>16</sup>.

#### **Ser viejo.**

La comprensión el verdadero significado de la edad avanzada no puede ser completa si no se tiene en cuenta la forma en que la persona se enfrenta a su propio proceso de envejecimiento. Lo más habitual es que la persona se compare consigo misma cuando era joven y que no perciba diferencias sustanciales. En cambio, las personas que se relacionan con ella la ven como alguien envejecido o en proceso de envejecimiento. El contraste entre lo que la persona piensa de sí misma y la imagen que los demás le devuelven es lo que se conoce como la máscara del envejecimiento, y se trata de la distancia que surge entre la propia edad que el sujeto siente y la apariencia externa envejecida que ven los demás<sup>16</sup>.

## **Mitos y estereotipos en la vejez.**

### **Mitos.**

La gran mayoría de las personas mayores gozan de buena salud, tienen vidas activas y plenas y pueden recurrir a reservas intelectuales, emocionales y sociales que a menudo no están al alcance de las personas más jóvenes. Estas afirmaciones se realizaron en el marco del Año Internacional de las Personas de Edad, año este que se correspondió con el año 1999 y fue declarado como tal por la Organización Mundial de la Salud; en ese contexto fue donde se describieron y analizaron los principales mitos de la vejez más presentes en la sociedad actual. De forma anual se ha establecido el día 1 de octubre como Día Internacional de las Personas Mayores.

- La mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados.

Lo que es cierto es lo contrario. En su mayoría más del 60% de las personas de edad viven en los países en desarrollo. Hay en el mundo cerca de 600 millones de personas de edad, unos 360 viven en los países en desarrollo. Para el año 2020 la primera cifra habrá crecido a 1000 millones, y la segunda, a más de 700 millones.

- Todos los adultos mayores se asemejan.

Las personas de edad envejecen en formas singulares que dependen de numerosos factores incluidos su género, sus antecedentes étnicos y culturales y su ubicación geográfica. Las diferencias de nivel educativo, ingresos, funciones sociales y expectativas en cualquier etapa de la vida aumentan la diversidad en el envejecimiento.

- El hombre y la mujer envejecen de la misma manera.

La mujer es más longeva que el hombre y parte de su ventaja en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica.

Sin embargo, vidas más largas no son necesariamente sinónimo de vidas más saludables, y los patrones de salud y enfermedad de la mujer y el hombre acusan

marcadas diferencias. La longevidad de las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades crónicas que por lo común se relacionan con el envejecimiento. Se sabe que es más probable que la osteoporosis, la diabetes, la hipertensión, la incontinencia y la artritis aquejen más a la mujer que al hombre. Los hombres tienen más posibilidades de sufrir cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, pero a medida que las mujeres envejecen, dichas enfermedades se convierten en las principales causas de muerte y discapacidad también para ellas.

El análisis por género estudia los orígenes de las diferencias biológicas, las desventajas y la desigualdad entre la mujer y el hombre, y tiene por objeto mejorar la calidad de vida de ambos conforme van envejeciendo.

- Las personas de edad son frágiles.

En su gran mayoría, los adultos mayores siguen estando en buenas condiciones físicas. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria.

El grupo que se vuelve tan discapacitado como para requerir atención y asistencia diaria para las actividades cotidianas constituye una minoría dentro del grupo de las personas de edad.

- Los mayores no tienen nada para aportar.

Los adultos mayores hacen un sinnúmero de aportes a sus familias, sociedades y economías. Las personas de edad ocupadas en tareas no remuneradas, incluidas la agricultura, el sector informal y los trabajos voluntarios, hacen aportes importantes. Muchas economías en todo el mundo dependen en gran medida de esas actividades, pero pocas se incluyen en la evaluación de las actividades económicas nacionales, con lo cual el aporte hecho por los ciudadanos de más edad a menudo pasa inadvertido y se infravalora<sup>17</sup>.

## **Estereotipos.**

Los estereotipos son creencias sociales compartidas sobre grupos o categorías sociológicas.

Hay muchos estereotipos sobre la vejez, sobre todo de mayores de 70 años, y como consecuencia de ello, los ancianos generan menos simpatía que otros grupos de edad, ya que se basan en la idea de que con los años las características psicológicas van descendiendo en lo positivo e incrementan en lo negativo y tienen menos capacidad de controlar los cambios.

El estereotipo no siempre es negativo pues puede enunciar características positivas como la sabiduría, la calma, la paciencia, la dignidad, entre otras. El estereotipo se muestra operativo sólo cuando cumple su función orientadora, cuando suple la falta de información personalizada. Cuando la persona es alguien concreto, descrito con rasgos personales, la imagen de la persona es menos negativa e incluso llega a ser abiertamente positiva.

## **Cambios sociales.**

Los cambios sociales que se producen durante el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad.

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería la “colectivización” de los cuidados afecta negativamente el fomento de la independencia, por lo que se puede caer fácilmente en problemas de desindividualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y aislamiento social. Por ello se plantean los cambios sociales desde dos perspectivas:

Cambio en el rol individual: El cambio de rol individual, del propio ser humano como ser social relegado en la mayoría de los casos a un segundo plano.

Los límites de la extensión del rol individual son difíciles de medir, a grandes rasgos los cambios en su dinámica se plantean en tres dimensiones:

Como individuo único, capaz de decidir, con opiniones, creencias y valores propios, con una historia personal e influido por un medio externo, con una concepción especial de la vida y la muerte.

Como integrante de un grupo familiar, sus relaciones con él y el relevo de su papel en el seno de la familia.

Como persona receptora y dadora de afecto capaz de afrontar pérdidas.

Cambio de rol en la comunidad: El cambio del rol de los ancianos como grupo integrante de una sociedad determinada y los problemas derivados de la no integración como grupo marginal.

La sociedad en general valora tan sólo al ser humano que es activo, al que aporta trabajo y generar riqueza. Hay que considerar que los ancianos que ya han cumplido con su etapa productiva todavía tienen posibilidades de aportar conocimientos y realizar tareas de ayuda comunitaria. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no de forma individual, sino en el momento en que la sociedad lo incluye dentro del grupo de ancianos, aproximadamente a los 65 años<sup>17</sup>.

### **2.3.6. INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS PROPIOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR.**

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia a la independencia.

El análisis de las necesidades del adulto mayor pasa por tener en cuenta:

- Los cambios fisiológicos inherentes al proceso de envejecimiento.
- Las manifestaciones que determinarán la capacidad de independencia del propio anciano.
- Los factores (físicos, psíquicos y sociales) capaces de intervenir en la satisfacción de las necesidades que condicionarán la autonomía del anciano hasta tal punto que el estado físico será responsable de que el anciano “puede hacer” el estado psíquico será condición indispensable para que el anciano “quiera hacer” y la situación social le “permitirá hacer”, siendo el conjunto de ellos el motor que le haga actuar de forma independiente.

Sobre la base del modelo Virginia Henderson, la relación de necesidades que se van a desarrollar es la siguiente<sup>18</sup>:

1. Respirar.
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Seguridad.
10. Comunicación y expresión de la sexualidad.
11. Actuar según creencias y valores.

12. Ocuparse para realizarse, recrearse/ocio.

13. Aprender.

### **Necesidad de respirar.**

Las personas, para su supervivencia, necesitan captar del aire el oxígeno imprescindible para el metabolismo celular, así como eliminar de este el anhídrido carbónico resultante del mismo. Para satisfacer esta necesidad se ha de disponer no sólo de un correcto aparato respiratorio que permita el proceso de la ventilación pulmonar, sino de un adecuado sistema cardiocirculatorio que posibilite el transporte y difusión de los mencionados gases<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
Cambios físicos como: modificación de la caja torácica, reducción/modificación de las estructuras anatómicas (pulmón, corazón y vasos), pérdida de elasticidad a todos los niveles, disminución de la función respiratoria, modificaciones anatomofisiológicas de otros sistemas orgánicos que tiene relación con los actos de la respiración.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los hábitos de vida del anciano: tabaco, alimentación, actividad física, etc.</li><li>• La actividad laboral previa: minería, construcción, textiles, etc.</li><li>• Entorno medio ambiental: clima, altitud, contaminación, etc.</li><li>• Las condiciones de vivienda.</li><li>• Efectos adversos de algún medicamento.</li></ul>	Trastornos emocionales: estados de ansiedad, depresión, estrés, etc. y las manifestaciones externas de estos pueden incidir negativamente.

Tabla 1. Cambios biopsicosociales de la necesidad de respiración.

## Necesidad de alimentación.

Una alimentación adecuada que cubra los requerimientos nutricionales del organismo, es imprescindible para que el anciano pueda tener el aporte energético necesario para desarrollar las AVD, sentirse vital y prevenir procesos de salud que puedan ser frecuentes en la población anciana. Es importante garantizar una dieta equilibrada con el aporte de líquidos adecuado<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios sensoriales relacionados con el gusto y el olfato que modifican la capacidad de degustar los alimentos, o las disfunciones visuales que dificultan, en algunos casos, la posibilidad de adquisición o elaboración de las dietas.</li> <li>• La capacidad funcional -desplazamiento, elaboración de dietas- o actividad física realizada de forma sistémica -gasto energético-, orientarán sobre la posibilidad de adquisición de los alimentos así como el tipo y cantidad de los mismos.</li> <li>• En cuanto a los cambios de los órganos o sistemas, es importante el estado de la boca. Posiblemente sea una de las áreas que más problemas nutricionales provoca al anciano. Muchos de los deterioros que presenta la boca del anciano son el resultado de hábitos que se han practicado durante años.</li> <li>• Los cambios funcionales del aparato digestivo propios del proceso de envejecimiento debe ser compensados con las adecuadas orientaciones dietéticas.</li> </ul>	<p>Los cambios de residencia, hospitalización, ingreso en centros geriátricos o cambio de domicilio, pueden provocar en el anciano cambios en el ritmo habitual de sus comidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El valor que tiene para el anciano el acto de la comida.</li> <li>• Conocimientos sobre los alimentos que le garanticen una dieta equilibrada sobre una correcta manipulación y conservación.</li> <li>• Estado anímico.</li> </ul>

Tabla 2. Cambios biopsicosociales de la necesidad de alimentación.

### Necesidad de eliminar.

El organismo, para su correcto funcionamiento, ha de deshacerse de las sustancias resultantes del metabolismo celular. Esta excreción que se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar, es una actividad que requiere, por tanto, de la conjunción de diversos sistemas corporales.

En el anciano, la insatisfacción de esta necesidad le va a producir cambios importantes en todas las áreas de su vida. Problemas de relación y salidas al exterior, higiene, dependencia de otros, son algunos de los aspectos que, indican la importancia de la misma en la cotidianidad del anciano<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<p>Modificaciones anatomofisiológicas de los propios sistemas renal y digestivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción/modificación de las estructuras anatómicas.</li><li>• Pérdida de tono muscular a todos los niveles.</li><li>• Disminución de la capacidad vesical.</li><li>• Hipertrofia prostática en los varones.</li><li>• Enlentecimiento peristáltico.</li><li>• Reducción de la actividad física.</li><li>• Debilidad de la musculatura pélvica y de los soportes anatómicos.</li><li>• Déficits sensoriales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aporte del líquido inadecuado.</li><li>• Aporte dietético inadecuado.</li><li>• Creencias sanitarias culturales/familiares.</li><li>• Efectos adversos de alguna medicación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos emocionales.</li><li>• Déficits cognitivos.</li><li>• Disminución de las capacidades psicomotoras.</li></ul>

Tabla 3. Cambios biopsicosociales de la necesidad de eliminación.

## Necesidad de movilidad y mantenimiento de una buena postura.

La respuesta del anciano a la satisfacción de la necesidad de movimiento requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar AVD. Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<p>Reducción de la masa ósea, muscular y cambios en estructuras articulares. La pérdida de masa ósea se encuentra íntimamente unida a los cambios de actividad física, cambios hormonales, metabólicos y neurológicos propios de la etapa evolutiva en la que se encuentra el individuo anciano. Las estructuras articulares provocan, junto con los cambios óseos y musculares, una reducción de la capacidad de movimiento del individuo anciano respecto a otras etapas anteriores de su vida.</p>	<p>Las condiciones de la vivienda y las barreras arquitectónicas de su entorno más cercano influyen en la satisfacción de esta necesidad. La jubilación y el cambio de actividad en el mantenimiento del hogar por la salida de los hijos del hogar, modifican y, en ocasiones reducen, la práctica de movimiento en el colectivo geriátrico. El cambio sistemático de vivienda que sufren algunos ancianos, es un factor social que actúa negativamente en la satisfacción de la necesidad de movimiento. La satisfacción de la necesidad de ocio aparece dentro de la dimensión social como un aspecto fundamental respecto a la capacidad de movimiento.</p>	<p>La confianza en uno mismo, una autopercepción positiva de la imagen corporal, una buena capacidad de control o reducción del estrés, son aspectos del área psicológica que se garantizan con una alta satisfacción de la necesidad de movimiento. Situaciones de ansiedad, soledad, hábitos sedentarios y desconocimiento de la importancia de la actividad física sobre la calidad de vida, actúan como factores de riesgo importantes respecto a la actividad física.</p>

Tabla 4. Cambios biopsicosociales de la necesidad de movilidad y mantenimiento de una buena postura.

### **Necesidad de dormir y descansar.**

Que el anciano dé una respuesta satisfactoria a la necesidad de sueño y descanso es fundamental para que el ritmo de su cotidianidad no se vea alterado. El sueño se define como la interrupción periódica de conciencia, durante la cual el organismo recupera la energía necesaria para el establecimiento físico de las funciones corporales y consecuentemente para el desarrollo de la actividad que se desempeña en la fase diurna. El organismo durante esta etapa de sueño disminuye sus funciones fisiológicas y permite que se liberen las tensiones que se han acumulado a lo largo del día.

La disminución de las horas de sueño o del descanso o la alteración en el ritmo de las mismas, genera problemas de insatisfacción en el anciano, que se traducirán en todas las áreas de su vida diaria.

Durante el sueño se dan una serie de fases o etapas (cinco en total) que irán de forma progresiva de un sueño más superficial (primera etapa) a fases de sueño más profundo (cuarta etapa) para alcanzar una última etapa (quinta etapa) que se denomina REM y se corresponde con el nivel de sueño más profundo asociado al acto de soñar. Durante las horas de sueño el individuo pasa de forma cíclica por cada una de estas etapas.

En el caso del anciano este patrón de sueño presenta modificaciones. Presentará una mayor cantidad de tiempo dedicado a las fases de sueño más ligero y una menor cantidad de tiempo a las fases de sueño profundo.

Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<p>El proceso de envejecimiento normal hace que el anciano necesite una menor cantidad de horas de sueño de forma ininterrumpida, aunque demanda periodos cortos de descanso a lo largo del día. Necesita más tiempo para dormirse y se despierta más fácilmente y más temprano. Puede ser que algunos ancianos no alcancen la cuarta fase de sueño en algunos ciclos y los periodos de sueño REM sean más cortos.</p> <p>Los cambios fisiológicos que aparecen en el sistema nervioso como son la disminución en el número de neuronas, la capacidad sensorial y motora, así como la eficacia de los neurotransmisores pueden ser los responsables de algunos de los cambios que presenta el anciano respecto al patrón de sueño.</p>	<p>Aquellas personas ancianas que permanecen mucho tiempo sedentarios y confunde tiempos o periodos de sueño ligero y vigilia, no determinando periodos concretos para el descanso y para la actividad, presentarán más dificultades para un ritmo de sueño adecuado.</p>	<p>Posiblemente sea la ansiedad y la depresión las causas que pueden alterar un buen patrón del sueño en el anciano.</p> <p>La ansiedad que en un momento determinado puede provocar en el anciano la incapacidad para adaptarse al entorno o a una nueva situación, responde habitualmente con manifestaciones de insatisfacción respecto al sueño y descanso.</p>

Tabla 5. Cambios biopsicosociales de la necesidad de dormir y descansar.

## Necesidad de vestirse y desvestirse.

El individuo, para poder desarrollar su rol social y para protegerse de su entorno físico, necesita dar respuesta a la necesidad de vestirse y desvestirse.

Para el anciano es importante esta necesidad ya que, desde su perspectiva social y psicológica, se corresponde con lo que es y ha sido a lo largo de su historia personal<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
Cambios en la termorregulación (propias del proceso de envejecimiento), protección y cuidado de la piel, capacidad psicomotora, estado de los pies, formas de deambulación, actividad física que desarrolla son algunos de los aspectos importantes.	Condiciones de la vivienda en cuanto a la temperatura, posibilidades económicas, climatología, normas sociales respecto a las formas de vestir, etc. La diferenciación entre las formas de vestir que presentan los hombres y las mujeres dentro de una perspectiva de género.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El valor social que el grupo le da a las formas de vestir.</li><li>• El conocimiento que el anciano tiene de sus cambios biofisiológicos y sus necesidades respecto al tipo de ropa más adecuado.</li><li>• Desarrollo de una adecuada autoestima en relación con una buena imagen corporal.</li></ul>

Tabla 6. Cambios biopsicosociales de la necesidad de vestirse y desvestirse.

### **Necesidad de mantener una temperatura corporal regular.**

El organismo ha de conservar una temperatura más o menos constante y dentro de unos límites que permita el adecuado funcionamiento corporal. El mantenimiento de una temperatura corporal constante se debe a la acción de dos mecanismos opuestos: termogénesis o producción de calor por el metabolismo celular, y termólisis o eliminación de calor por diferentes mecanismos corporales<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<p>Comportamientos del adulto mayor tales como realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un aporte calórico adecuado.</li> <li>• Una correcta eliminación.</li> <li>• Una actividad física moderada.</li> <li>• Un sueño y descanso reparadores.</li> <li>• Una higiene con los medios adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El entorno ambiental, cercano y habitual, donde transcurre la vida del anciano.</li> <li>• El conocer y disponer de medios para combatir el exceso de calor o frío.</li> <li>• Actividades recreativas moderadas.</li> <li>• Las creencias, cultura y aspectos económicos.</li> </ul>	<p>Trastornos emocionales como el estrés o la depresión pueden influir, incrementando o disminuyendo, respectivamente, la temperatura corporal.</p>

Tabla 7. Cambios biopsicosociales de la necesidad de mantener la temperatura corporal regular.

## Necesidad de higiene y proteger los tegumentos.

Mantenerse limpio, aseado y tener una apariencia cuidada es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un estado de bienestar. Procurarse una piel limpia, sana, cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

La piel se prolonga en las mucosas y está dotada de faneras, que participan en misiones de protección muy importantes para lo cual es necesario que se encuentren limpios y cuidados<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
<ul style="list-style-type: none"><li>• La pérdida de elasticidad y deshidratación cutáneas la hacen más vulnerable.</li><li>• Las uñas se vuelven frágiles y duras.</li><li>• La reducción de la movilidad.</li><li>• La ingesta de líquidos.</li><li>• Problemas relacionados con otras necesidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La cultura, los valores y la educación recibida modulan la importancia que se da a la higiene.</li><li>• El entorno ambiental donde hayan de realizarse los actos de la higiene.</li><li>• El poder contar con los útiles necesarios y adecuados para llevarla a cabo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El estado emocional influye decisivamente en el mantenimiento de la presencia física.</li><li>• El estado mental y la posibilidad de llevar a cabo actividades de psicomotricidad fina.</li><li>• El pudor.</li></ul>

Tabla 8. Cambios biopsicosociales de la necesidad de higiene y proteger los tegumentos.

## Necesidad de seguridad.

El mantenimiento de un entorno seguro que se corresponda con los cambios que presenta la etapa de la vejez es el objetivo básico a cubrir dentro de esta necesidad. La seguridad debe ser entendida desde todas las perspectivas. Los cambios orgánicos en el área neurológica, área cognitiva, capacidad de adaptación, dificultades en la deambulaci3n, dificultad en la adecuaci3n de la vivienda, pueden aparecer como aspectos que limitan la seguridad del anciano. Es una de las necesidades m1s globales que tiene el individuo y que, por tanto, estar1 m1s interrelacionada con el resto de las necesidades<sup>18</sup>.

Dimensi3n f1sico/biol3gica.	Dimensi3n social/situacional.	Dimensi3n psicol3gica.
Cambios en los sistemas inmunol3gico y nervioso, cambios sensoriales, cambios en el sistema osteoarticular, presencia de patolog1as y consecuentemente medicaci3n, cambios en la termorregulaci3n.	Condiciones de la vivienda, barreras arquitect3nicas, recursos econ3micos para poder adaptar la vivienda son aspectos que, de no controlarse, aumentan el riesgo de accidentes en el anciano y aumentan la sensaci3n de inseguridad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El valor que tiene para el anciano la seguridad y la necesidad de crear un entorno seguro.</li><li>• La capacidad cognitiva.</li><li>• La orientaci3n temporoespacial.</li><li>• El estado de alerta.</li><li>• El control de las situaciones de estr1s.</li></ul>

Tabla 9. Cambios biopsicosociales de la necesidad de seguridad.

## Necesidad de comunicarse y expresar su sexualidad.

Comunicarse es un proceso dinámico verbal y/o no verbal, presente en todas las etapas del desarrollo humano, que posibilita realizar entre las personas, y entre estas y su entorno, el intercambio de información, experiencias, sensaciones, sentimientos y opiniones.

La expresión de la sexualidad es una forma de comunicación, que adquiere una gran importancia en esta edad, ya que dadas las dificultades que rodean al proceso de expresión libre y satisfactoria de la misma, el considerar al anciano como un ser asexuado, suele ser habitual incluso entre ellos mismos<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
El estado físico y la afectación que el proceso de envejecimiento haya originado en los diferentes sistemas orgánicos son hechos importantes a considerar en el mantenimiento de la independencia de esta necesidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El entorno y los recursos de que dispone, desde los factores climáticos a las posibilidades y recursos existentes es su núcleo poblacional.</li> <li>• El nivel cultural y social, así como las creencias y valores que rigen su comportamiento social y cultural.</li> <li>• Los hábitos del grupo familiar y/o social al que pertenezca.</li> <li>• Las disponibilidades económicas.</li> <li>• Los cambios frecuentes de residencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mantenimiento de un adecuado nivel intelectual en sus diferentes facetas.</li> <li>• La personalidad previa en los aspectos referentes al intercambio de comunicación.</li> <li>• El estado emocional.</li> <li>• Las experiencias vividas a lo largo de toda su vida.</li> <li>• Su situación afectiva.</li> </ul>

Tabla 10. Cambios biopsicosociales de la necesidad comunicación y sexualidad.

### **Necesidad de actuar según creencias y valores.**

Toda persona necesita estar integrado dentro de un grupo social, donde existe una escala de valores y creencias que, a su vez, determinan el valor moral y ético de los comportamientos que se ponen de manifiesto.

Al llegar la etapa de la vejez, al igual que en otras áreas, las creencias y valores parecen adquirir más intensidad en la vida del anciano. Es como el referente que les ayuda a analizar el momento histórico y el contexto donde se encuentran<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
En esta dimensión, posiblemente el estado del sistema nervioso sea el más significativo, ya que un adulto mayor que presenta cambios degenerativos importantes en este sistema, puede poner de manifiesto comportamientos que no se relacionan con las creencias y valores que ha tenido a lo largo de su vida.	Posibilitar el encuentro del anciano con otras personas que participan de las mismas creencias y valores hace que se sienta independiente. La hospitalización o institucionalización en un centro geriátrico puede dificultar la práctica de algunos ritos en cuanto al tipo o la frecuencia de los mismos.	Un buen estado mental hace que el anciano puede manifestar sus valores y, al mismo tiempo, sentirse inmerso en el grupo social con el que vive, aunque este no coincida con sus planteamientos.

Tabla 11. Cambios biopsicosociales de la necesidad de actuar según creencias y valores.

### **Necesidad de estar ocupado y recrearse para realizarse.**

En el anciano, debido a que no existe frontera entre el tiempo laboral y el tiempo de ocio, mantener su tiempo ocupado con actividades que le permitan ser útil a los demás, divertirse y desarrollar su creatividad, utilizando al máximo su potencialidad, es una necesidad básica que ha de satisfacer para conseguir un agradable estado de equilibrio físico y emocional<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
La capacidad física y la afectación que el proceso de envejecimiento haya originado en los diferentes sistemas orgánicos es un factor determinante para mantener la independencia en este aspecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los valores, la educación y la preparación recibida.</li> <li>• Las disponibilidades económicas.</li> <li>• Los recursos comunitarios existentes en su núcleo poblacional.</li> <li>• Los cambios de residencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estado emocional.</li> <li>• Las pérdidas que suele acompañar al envejecimiento.</li> <li>• El autoconcepto y la autonomía para la autocrítica.</li> <li>• El estado mental y la capacidad para realizar actividades que requieran de concentración y de psicomotricidad fina.</li> </ul>

Tabla 12. Cambios biopsicosociales de la necesidad de ocuparse y recrearse para realizarse.

### **Necesidad de aprendizaje.**

La capacidad de aprendizaje de las personas está condicionada por una gran cantidad de factores, entre ellos, la etapa del ciclo evolutivo en la que se encuentren. Las edades más tempranas permiten una mayor facilidad para aprender e integrar nuevos conceptos, actitudes y destrezas. Por tanto, a mayor edad, habrá una menor capacidad para aprender cosas nuevas<sup>18</sup>.

Dimensión físico/biológica.	Dimensión social/situacional.	Dimensión psicológica.
Cambios significativos del sistema nervioso o modificaciones sensoriales.	El recorrido cultural, el nivel de instrucción y los aprendizajes instrumentales que el anciano ha adquirido a lo largo de su vida, aparece como un antecedente que actuará como facilitador o limitador de nuevos aprendizajes.	Un entorno estimulante es el punto desde el punto de vista intelectual es importante en relación con la capacidad de aprendizaje del anciano. Un buen estado anímico actúa como motivador para enfrentarse a nuevos conocimientos. También el valor y sentido práctico que el anciano le da a esos nuevos conocimientos deben ser tenidos en cuenta.

Tabla 13. Cambios biopsicosociales de la necesidad de aprendizaje.

### **2.3.7. ABUSOS Y MALOS TRATOS AL ANCIANO.**

#### **Definición.**

La primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, lo define como: “todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por este o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familia, comunidad e instituciones)”<sup>19</sup>.

#### **Maltrato físico.**

Agresiones físicas que se producen de forma repetitiva, esporádica o prolongada, incluyéndose las restricciones y confinamientos inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales. Algunos autores incluyen las negligencias físicas dentro de este apartado, la cual se interpreta como la incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño<sup>19</sup>.

#### **Maltrato psicológico o emocional.**

Agresión verbal y silencio ofensivo que hieren o disminuye su dignidad y autoestima.

El maltrato psicológico es considerado como el tipo de maltrato más común sufrido por los ancianos, ejercido tanto por las personas de su entorno, en forma de menosprecio, infantilización, aislamiento social, como por el propio sistema, considerándolos una carga social, dada su improductividad.

Determinadas situaciones habituales en la sociedad, como los cambios de domicilio periódicos, se consideran una forma de maltrato psicológico en caso de ser mal aceptados por el anciano. En cambio, si son bien aceptados, se consideran un mal menor, alternativa a que el anciano no autónomo viva solo<sup>19</sup>.

### **Abuso y negligencia económica.**

Uso indebido o apropiación de los bienes de la persona mayor de edad. Negación a que él mismo controle sus bienes. Modificación de su testamento o documentos jurídicos bajo presión<sup>19</sup>.

### **Abuso sexual.**

Todo contacto sexual sin consentimiento. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, acoso sexual, violación, desnudez forzada, etc<sup>19</sup>.

### **Factores de riesgo<sup>19</sup>.**

- El déficit funcional y/o cognitivo en las personas mayores de edad.
- La pérdida de autoestima y la vulnerabilidad.
- La cohabitación con el cuidador principal.
- El aislamiento social.
- Las alteraciones psicológicas del cuidador habitual.
- La convivencia familiar alterada y/o con historial de agresiones anteriores.

### **2.3.8. CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES.**

#### **Depresión.**

Entre los adultos mayores la depresión es un problema grave de salud mental persistente, a pesar de los avances recientes para comprender sus causas y el desarrollo de muchos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos efectivos. Los estudios informan la prevalencia de índices importantes tanto de depresión mayor como menor, en las poblaciones de adultos mayores que viven en la comunidad (13%), en pacientes externos (24%), en los que reciben atención aguda (30%) y en quienes viven en asilos (43%)<sup>20</sup>. Estos síntomas depresivos están asociados con el ajuste a las pérdidas que se presentan durante la vejez, a factores estresantes (como una jubilación forzosa o la muerte del cónyuge) y a enfermedades crónicas. La depresión es un problema de salud pública importante; es el trastorno psiquiátrico más común y el más tratable entre los ancianos. Casi 80% de todas las personas con depresión grave se tratan con éxito y vuelven a tener salud.

Aunque la depresión es común entre los adultos mayores, con frecuencia se diagnostica de forma equivocada o se omite. Varios factores ocasionan esta circunstancia, entre ellos que es la depresión en personas mayores se puede enmascarar o encubrir por otros trastornos físicos.

Además, el aislamiento social, actitudes de discriminación contra los ancianos, la negación y la incomprensión del proceso normal de envejecimiento, contribuyen a que no sea frecuente su detección y a que el tratamiento resulte finalmente insuficiente. Es desafortunado que algunos profesionales de cuidados de la salud y muchas personas mayores, consideren de manera equivocada que la depresión es una parte natural del envejecimiento y por ello no distingan entre las conductas esperadas y la enfermedad tratable.

La depresión puede acortar la esperanza de vida al precipitar o agravar el deterioro físico. Su mayor impacto está con frecuencia en la disminución de la satisfacción y de la calidad de vida, lo que inhibe el cumplimiento de las tareas de desarrollo en la senectud. Por último, altos índices de suicidio se convierten en la consecuencia más grave de la depresión no tratada.

Se complica el asunto cuando las presentaciones atípicas de la depresión son más comunes en los adultos mayores que en cualquier otro grupo de edad. Los ancianos no suelen quejarse de estado de ánimo deprimido, y hasta pueden negar sentimientos de tristeza. Las claves de la depresión en una persona de edad avanzada incluyen el aislamiento social, la declinación de las actividades diarias, la mala higiene y la pérdida inexplicable de peso<sup>21</sup>.

## **Alcoholismo.**

El abuso y dependencia del alcohol son casos menos comunes en los adultos mayores que en las personas más jóvenes, pero presentan un reto mayor para su identificación y diagnóstico. Según las encuestas nacionales, casi la mitad de la población de la tercera edad no bebe alcohol y alrededor de 40% de los consumidores de este grupo de edad, evitan excederse. La tasa de alcoholismo durante la vida en personas mayores de 65 años de edad, es de 14% para los varones y 1.5% para las mujeres.

- Naturaleza del problema.

Los patrones de consumo de alcohol en los adultos mayores varía, y su problemática puede ser diferente en cada persona. El longevo que empieza a consumir alcohol en exceso en la edad adulta temprana muestra dependencia y problemas de alcoholismo a lo largo de su vida, se le reconoce con facilidad. En contraste, un adulto mayor escala su consumo de alcohol en la vejez, en respuesta a eventos como un duelo no resuelto, mala salud o soledad. Estas personas mayores pueden esconderse de la vista del público y no detectarse con facilidad, en especial si viven solos<sup>22</sup>.

- Impacto en los adultos mayores.

### **Prevalencia.**

Se desconoce la prevalencia real de los problemas de alcoholismo entre los adultos mayores. La mayoría de los marcadores de abuso de alcohol no son aplicables en los adultos mayores que viven solos, que son viudos, desempleados o que no conduce en un automóvil.

Aunque la prevalencia general de los problemas de alcoholismo en los últimos años ha disminuido, el consumo de alcohol al inicio de la senectud ha escalado. El consumo abundante de alcohol de inicio tardío puede empezar como respuesta a experiencias de vida estresantes como el duelo, mala salud, cambios económicos o jubilación. Además muchos de los problemas de alcohol en las personas mayores tal vez nos identifiquen de manera segura debido a la falta de métodos de detección adecuados y de criterios diagnósticos correspondientes para las personas de la tercera edad<sup>23</sup>.

Algunos adultos mayores desarrollan problemas de alcoholismo sólo en la senectud, mientras que en otros han persistido desde la juventud o de la edad adulta temprana.

#### Inicio temprano

Los adultos mayores que han tenido problemas de alcoholismo desde su juventud, se les denomina grupo de inicio temprano, y se estima que representan dos tercios de los adultos longevos que manifiestan dependencia al alcohol. Las características del grupo de inicio temprano incluyen tolerancia, dependencia física, trastornos psicosociales y de conducta (aislamiento social, deterioro intelectual), así como problemas de salud relacionados con el alcohol<sup>24</sup>.

#### Inicio tardío

El grupo de inicio tardío incluye la otra tercera parte de los adultos mayores con problemas de alcoholismo; aquellos que iniciaron el consumo excesivo de alcohol después de los 40 años de edad. Las personas con inicio tardío no manifiestan la misma gravedad de problemas cognitivos, afectivos, conductuales y somáticos, comunes en personas que tienen un inicio temprano de consumo de alcohol.

Sus patrones de alcoholismo están relacionados a menudo con problemas de adaptación asociados con eventos de la vida como depresión, duelo, soledad, jubilación, estrés conyugal y otras complicaciones de salud. Los signos y síntomas de dependencia física del alcohol pueden estar ausentes en este grupo. En vez de

ello, los factores inespecíficos como caídas, accidentes y lesiones asociadas al consumo excesivo pueden llevar al diagnóstico de problemas de alcohol en el grupo de inicio tardío<sup>25</sup>.

Consecuencias fisiológicas y fisiopatológicas del consumo de alcohol en los adultos mayores.

Los cambios relacionados con el envejecimiento del cuerpo, desde el nivel celular hasta el nivel anatómico macroscópico, pueden influir en la respuesta y disposición al alcoholismo. Ciertas modificaciones específicas en la composición corporal, los riñones y los sistemas nervioso, gastrointestinal y cardiovascular suelen aumentar en el adulto mayor el riesgo de efectos adversos por el consumo de alcohol<sup>26</sup>.

## **Suicidio.**

El suicidio es un acto máximo de autoabuso que realiza un individuo que no ve otra alternativa para terminar con su dolor físico o emocional. Es un fenómeno universal que afecta tanto a personas longevas como a jóvenes. Aunque el suicidio en las personas de edad avanzada es un problema social importante, casi se ha ignorado. La atención se ha enfocado de manera consistente en el suicidio del adolescente, con lo que se demuestra el énfasis cultural por la juventud y la devaluación prevalente de los adultos mayores.

Las personas longevas tienen una probabilidad desproporcionada de morir por suicidio en comparación con cualquier otro grupo de edad. Representan sólo el 13% de la población, sin embargo constituyeron de 18% a 20% de todas las muertes por suicidio informadas en el año 2000<sup>27</sup>.

Dos razones por las que la proporción intento-logro es mucho más elevada en los adultos mayores, es que tienden a utilizar medios más letales y violentos y a que tienden a comunicar su intención de suicidarse con menor frecuencia que las personas de otros grupos de edad<sup>28</sup>.

La estadística crítica es la proporción intento-logro alrededor de 20:1 para las personas menores de 40 años de edad y sólo de 4:1 entre las personas mayores de 60 años. Estas proporciones significan que el riesgo de suicidio debe considerarse con mucha seriedad en las personas de la tercera edad, que tienen una probabilidad cinco veces mayor de matarse que las personas más jóvenes.

Además, a pesar de lo acentuado de estas estadísticas, es probable que sea una subestimación de la verdadera magnitud del problema, por dos razones. Primero, aun cuando se sospeche el suicidio, a menudo no se menciona como la causa real de la muerte en los certificados de defunción. Segundo, estos datos no reflejan el número de sujetos longevos que indirecta o pasivamente cometen suicidio al dejar de comer, consumir alcohol en exceso, mezclar o sobredosificar los fármacos, suspender a propósito los medicamentos que los sostienen con vida o simplemente renunciando al deseo y la voluntad de vivir<sup>29</sup>.

## **CAPITULO III**

### **3.1. ABORDAJE METODOLÓGICO.**

#### **3.1.2. DISEÑO.**

Se trata de estudio tipo cualitativo, exploratorio, fenomenológico.

#### **3.1.3. ENFOQUE.**

Cualitativo.

Los autores Blasco y Pérez<sup>30</sup>, señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.

Utiliza variedad de instrumentos para recoger información como las entrevistas, imágenes, observaciones, historias de vida, en los que se describen las rutinas y las situaciones problemáticas, así como los significados en la vida de los participantes.

Por otra parte, Taylor y Bogdan<sup>31</sup>, al referirse a la metodología cualitativa como un modo de encarar el mundo empírico, señalan que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Desde el punto de vista de estos autores, el modelo de investigación cualitativa se puede distinguir por las siguientes características:

La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. Los investigadores siguen un diseño de investigación flexible, comenzando sus estudios con interrogantes vagamente formuladas.

En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son

reducidos a variables, sino considerados como un todo. Se estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones actuales en que se encuentran.

Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos han creado sobre las personas que son objeto de su estudio. El investigador interactúa con los informantes de un modo natural y no intrusivo.

Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Desde un punto de vista fenomenológico y para la investigación cualitativa es esencial experimentar la realidad tal como otros la perciben. Siendo de esta manera que el investigador cualitativo se identifica con las personas que estudia para poder comprender cómo ven las cosas.

El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. El investigador ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada da por sobrentendido, todo es un tema de investigación.

Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas las ve como a iguales.

Los métodos cualitativos son humanistas. Al estudiar a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad o en las organizaciones. Aprendemos sobre conceptos tales como belleza, dolor, fe, sufrimiento, frustración y amor, cuya esencia se pierde en otros enfoques investigativos.

El investigador cualitativo da énfasis a la validez en su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho margen entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida

social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.

Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Ningún aspecto de la vida social es demasiado trivial como para no ser estudiado.

La investigación cualitativa es un arte. Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al método en que intentan conducir sus estudios, es un artífice. El científico social cualitativo es alentado a crear su propio método. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador esclavo de un procedimiento o técnica.

### **3.1.4. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO.**

Fenomenológico.

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890; se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales, La fenomenología descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, de la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones<sup>32</sup>.

John Cresswell<sup>32</sup>, considera que los investigadores realizan análisis fenomenológicos si su trabajo cumple con las siguientes características generales:

Busca 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 y la 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 describan las experiencias vividas cotidianamente.

Obtienen información de quienes han experimentado el fenómeno que estudian, generalmente por medio de entrevistas.

Desde el paradigma fenomenológico, las preguntas de quien investiga siempre se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona. Especialmente importante resulta que el investigador llegue con el participante sin ideas preconcebidas y abierto a recibir cuanto este exprese.

El análisis de los datos consiste en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, lo que permite al investigador transformar la experiencia vivida es una experiencia textual.

La persona que investiga selecciona palabras o frases que describen particularidades de la experiencia estudiada. Puede agrupar las que tienen relación o semejanza entre sí y formar grupos que revelen la subjetividad de las personas investigadas.

Para la realización de este proceso Amedeo Giorgi<sup>33</sup>, propone cinco pasos específicos: obtener los datos verbales; leer estos datos; agruparlos; organizarlos y expresarlos desde una perspectiva disciplinaria; sintetizar y resumir los datos para presentarlos ante un auditorio científico.

El estudio fenomenológico termina con una mejor comprensión del investigador y del lector sobre la esencia y la estructura invariable de la experiencia, reconociendo que existe un significado unificador de esta. Ello implica que todas las experiencias tienen una estructura básica subyacente. Cuando el lector del estudio lo termina, debe tener la sensación de que ha entendido lo que para otra persona significa vivir en una situación determinada.

### 3.1.5. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN - PERSONAS INFORMANTES.

Las personas informantes serán adultos mayores de la zona norte de la delegación Azcapotzalco.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
Adultos mayores de la delegación Azcapotzalco que se encuentren en situación de soledad.	Adultos mayores que se encuentren en situación de soledad que no vivan en la delegación Azcapotzalco. Adultos mayores de la delegación Azcapotzalco que no se encuentren en situación de soledad.	Adultos mayores de la delegación Azcapotzalco que se encuentren en situación de soledad que no quieran ser participantes de esta investigación.

Tabla 14. Criterios de selección.

### 3.1.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Entrevista en profundidad.

Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Utilizamos la expresión "entrevistas en profundidad" para referirnos a este método de investigación cualitativo.

La entrevista en profundidad se refiere a encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, 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 investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de

entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

La diferencia primordial entre la observación participante y las entrevistas en profundidad reside en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación. Mientras que los observadores participantes llevan a cabo sus estudios en situaciones de campo "naturales", los entrevistadores realizan los suyos en situaciones específicamente preparadas. El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social<sup>34</sup>.

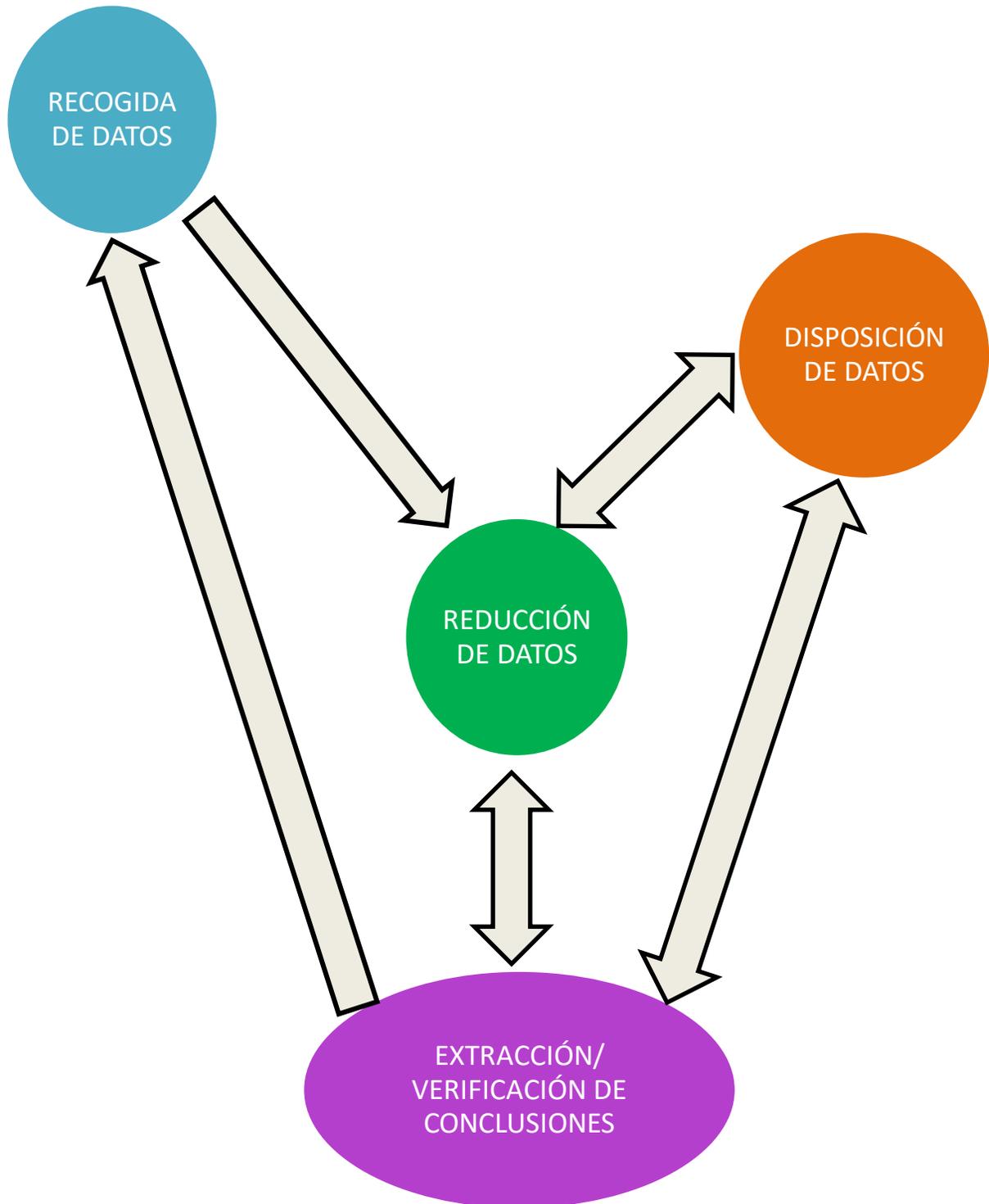
Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. Steinar Kvale<sup>34</sup>, define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es "obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos".

El mismo autor delimita los 12 elementos siguientes para la comprensión de la entrevista cualitativa<sup>34</sup>:

- **Mundo de la vida.** Se considera que el tema de la entrevista cualitativa es la vida de la persona entrevistada y su relación con la propia vida.
- **Significado.** La entrevista busca descubrir e interpretar el significado de los temas centrales del mundo del entrevistado. El entrevistador registra e interpreta el significado de lo que se dice y la forma en que se dice.
- **Cualidad.** La entrevista busca obtener un conocimiento cualitativo por medio de lo expresado en el lenguaje común y corriente, y no busca la cuantificación.
- **Descripción.** La entrevista busca descripciones ricas de los diversos factores de la vida de las personas.
- **Especificidad.** Se persiguen descripciones de situaciones específicas, y no opiniones generales.

- **Ingenuidad propositiva.** El entrevistador mantiene apertura plena a cualquier fenómeno inesperado o nuevo, en vez de anteponer ideas y conceptos preconcebidos.
- **Focalización.** La entrevista se centra en determinados temas; no está estrictamente estructurada con preguntas estandarizadas, pero tampoco es totalmente desestructurada.
- **Ambigüedad.** Las expresiones de las personas entrevistadas pueden en ocasiones ser ambiguas, reflejando así las contradicciones con las que vive una persona en su mundo.
- **Cambio.** El proceso de ser entrevistado puede producir introspección en el individuo, por lo que, en el curso de la entrevista este puede cambiar las descripciones o los significados respecto de cierto tema.
- **Sensibilidad.** Diferentes entrevistadores propician diferentes respuestas sobre determinados temas, dependiendo de su grado de sensibilidad y conocimiento sobre el tema en particular.
- **Situación interpersonal.** El conocimiento se producirá a partir de la interacción personal durante la entrevista.
- **Experiencia positiva.** Una entrevista de investigación bien realizada puede constituir una experiencia única y enriquecedora para el entrevistado, quien a lo largo de ella puede obtener visiones nuevas acerca de su propia situación de vida.

### 3.1.7. MÉTODO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.



**Figura 1.** Tareas implicadas en el análisis de datos de acuerdo a la propuesta de Miles y Huberman, 1994<sup>35</sup>.

### **3.1.8. ASPECTOS ÉTICOS.**

#### **Consentimiento informado.**

La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación – y en la investigación –, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas<sup>36</sup>.

La Ley General de Salud, especifica en el título V “Investigación para la salud”, capítulo único, artículo 100, que la investigación en seres humanos se desarrolla conforme a lo siguiente: Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud<sup>36</sup>.

#### **Respeto a los sujetos inscritos.**

Los requisitos éticos para la investigación cualitativa no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los sujetos implica varias cosas: a) el respeto incluye permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo; b) la reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos inscritos; d) en reconocimiento a la contribución de los sujetos debe haber un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de

la investigación; y e) el bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación<sup>36</sup>.

### **Confidencialidad.**

El paciente tiene derecho a que toda información que exprese, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sometido de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del personal de salud de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley<sup>36</sup>.

### **3.1.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO.**

Para la presente investigación se consideraron los siguientes criterios:

<b>CRITERIO</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
Credibilidad Valor de la verdad/ autenticidad	Aproximación de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado.
Trasferibilidad Aplicabilidad	Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles.
Consistencia Dependencia/replicabilidad	La complejidad de la investigación cualitativa dificulta la estabilidad de los datos. Tampoco es posible la replicabilidad exacta del estudio.
Relevancia	Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio.

Tabla 15. Criterios de rigor en la investigación cualitativa<sup>37</sup>.

### **3.2. ENTREVISTA DE INVESTIGACIÓN DEL TEMA:**

#### **“PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE EL APOYO FAMILIAR”**

¿Qué edad tiene?

##### **Familiar**

1. ¿Podría hablarme acerca de su pareja?.
2. ¿Usted vive con alguno de sus hijos o cómo la apoyan?.

##### **Social**

1. Cuénteme si tiene amigos.
2. ¿Qué hace en su tiempo libre?.

##### **Salud**

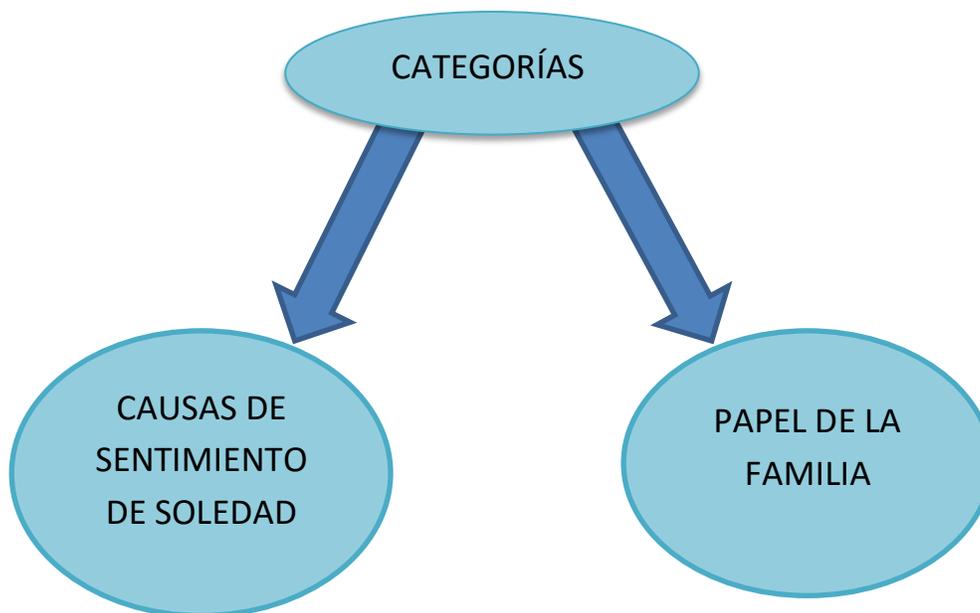
1. Platíqueme sobre su estado de salud.
2. ¿Cómo está su estado de ánimo?.
3. ¿Qué opina usted acerca de la muerte?.

##### **Económico**

1. Dígame si tiene algún tipo de pensión y para qué la utiliza.

### 3.3. CATEGORÍAS.

Con base en el análisis de las entrevistas, emergieron dos categorías analíticas, con tres subcategorías:

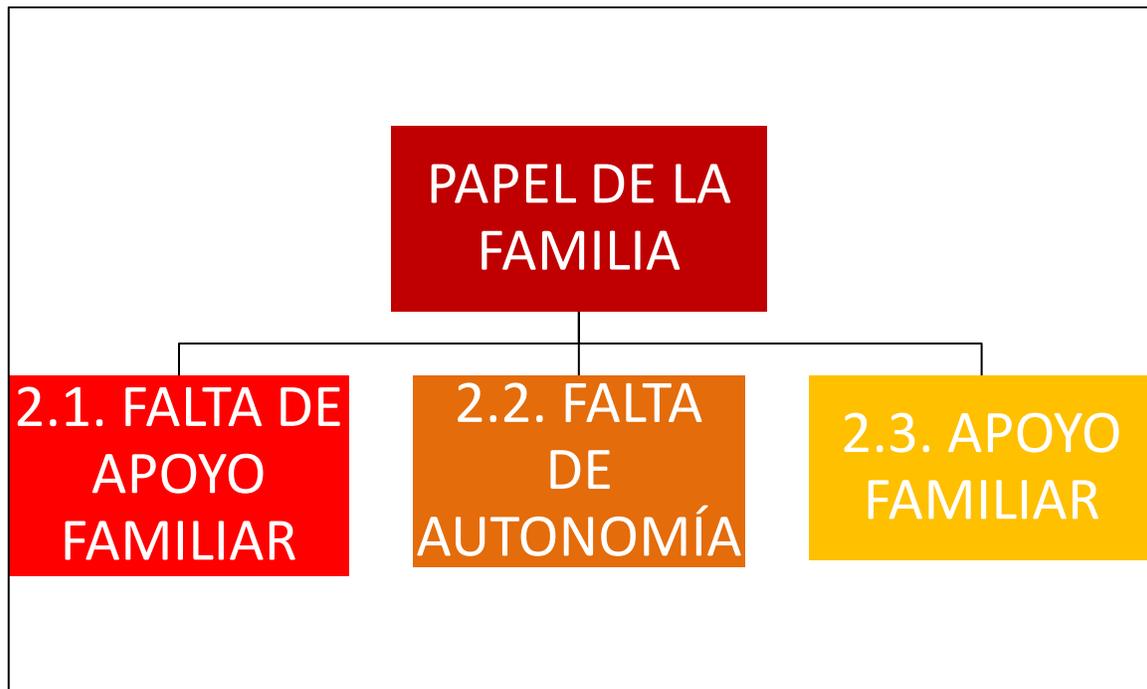


#### CATEGORÍA 1



**Mapa de categorización 1:** Causas de sentimiento de soledad.

## CATEGORÍA 2



**Mapa de categorización 2:** Papel de la familia.

## CAPITULO IV

### 4.1 HALLAZGOS.

Categoría 1: CAUSAS DE SENTIMIENTO DE SOLEDAD.

En esta primera categoría se hace referencia a las situaciones por las que el adulto mayor se siente solo. La soledad, según el diccionario de la real academia española, se define como carencia voluntaria o involuntaria de compañía; pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo.

Subcategorías:

- 1.1 SENTIMIENTO DE ABANDONO.

La RAE lo define como delito que consiste en incumplir los deberes de asistencia que legalmente se imponen a toda persona respecto de sus familiares próximos.

Informante Pepe:

*[...] me siento deprimido, casi siempre estoy solo, nadie me visita, a nadie le importo. Mis hijos no me llaman... no creo que a nadie le importe si me muero, tal vez mis hijos vendrían a mi entierro pero sólo por puro compromiso.*

Informante Luisa:

*[...] me siento de la patada. Me siento mal, mal, mal. Me siento sola... aquí me la paso y a veces hasta me da miedo estar sola... mi hija no me da ni los buenos días siquiera. No viene nunca a verme.*

Informante Paty:

*[...] me dejan sola, nunca hay nadie en la casa, como si yo no existiera. Hay días en que me pongo muy triste...*

*A veces me pongo a llorar yo solita, cuando nadie me ve, extraño mucho la compañía de mis hijos.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Los tres adultos mayores entrevistados mencionan que se sienten muy solos, que la soledad les provoca tristeza e incluso llegan a sentir temor. Al momento de platicar con ellos, se mostraron bastante tristes y sus voces llegaron a entrecortarse porque es un tema que no es fácil de discutir. Ellos están solos la mayoría del tiempo y aunque estén en sus casas con la persona que los cuida, siguen sintiendo ese sentimiento que crece más y más hasta que no pueden contenerlo y terminan llorando y hasta pensando que a nadie le importaría si murieran.

Cardona Jiménez Jairo León y colaboradores<sup>38</sup> menciona que el afrontamiento de la soledad asumido por los adultos está enfocado a formas activas y es necesaria la relación de recursos externos e internos con la vida diaria para promover potencialidades en el individuo y, por ende, mayores posibilidades para afrontar su sentimiento de soledad. En estos casos, no sucede así, ya que al no relacionarse internamente ni externamente con los distintos recursos que ofrece la vida diaria, como puede ser su familia cercana y el ambiente social que los rodea, respectivamente, es imposible que desarrollen ciertos sentimientos positivos para así disminuir los resultados negativos que se ven reflejados en su estado de ánimo debido al sentimiento de soledad que presentan.

Otra investigación realizada por Aguilar et al.<sup>39</sup> nos refiere que la convivencia es favorable para la salud porque hay un mayor control de las conductas de riesgo y que la importancia de las características de convivencia del binomio adulto mayor-familiar, radica en las acciones de prevención, orientadas a fortalecer la relación y desarrollar habilidad en la atención al adulto mayor. Si esto sucediera con los informantes, ellos tendrían un notable mejoramiento en su calidad de vida porque estarían eliminando sentimientos pesimistas y al mismo tiempo aumentando su bienestar tanto físico como emocional.

- 1.2 FALTA DE PROYECTO DE VIDA.

Se refiere a la ausencia de un plan de actividades coordinadas e interrelacionadas, que encaja en el orden de prioridades, valores y expectativas de la vida de una persona, con el objetivo de decidir cómo quiere vivir su propia existencia.

Informante Pepe:

*[...] mi vida es muy aburrida, está horrible. Jamás imaginé que llegar a viejo sería tan feo y aparte solo, no no no.*

Informante Paty:

*[...] **ya no sirvo de nada.** Ya viví lo que tenía que vivir y pues ya nada más estoy esperando a que Diosito me recoja, ya me cansé. No creí que llegaría a estar tan vieja y sin saber qué hacer conmigo.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En esta parte los informantes hablan acerca de su vida, que es aburrida y que carece de sentido alguno. Esto porque cuando eran jóvenes nunca pensaron que necesitarían un plan para su vejez. Alguno de ellos mencionó que realmente nunca le importó porque jamás creyó que llegaría a tener tantos años y que ahora se arrepiente de no haberlo planeado en algún momento de su juventud. Otro informante dijo que sí llegó a pensarlo pero que la vida le cambió todos sus planes que tenía a futuro, esto hizo que se molestara y entristeciera por no haber podido lograr con su vida lo que algún día se propuso.

Una investigación realizada por Jiménez Betancourt Elena <sup>40</sup> dice que un gran error con el que viven muchos adultos mayores, es el prejuicio de creer que la vejez es un período necesario de declinación, deterioro y caos en todos los sentidos. Cuando no sólo ellos creen en esto, sino que los más jóvenes también,

se crea el ambiente perfecto para que el adulto mayor decaiga en los aspectos físico, social y emocional rápidamente al llegar a esta etapa de su vida. Es por eso que se resignan a tener una vida carente de felicidad.

El proyecto de vida es, en gran medida, el fruto de la experiencia anterior de la persona, volcada en la actualidad y lo que vendrá. Por eso, los proyectos de vida serán legítimos y efectivos si en ellos se revelan las propias potencialidades del individuo, si estas vinculan y dan continuidad a lo que fue, lo que realmente es, y las posibilidades de lo que llegará a ser.

Con respecto a los factores determinantes en la construcción de proyectos de vida en los adultos mayores, se reflejan sus características de personalidad y el medio social. La personalidad regula la actividad de cada persona y diferentes subsistemas intervienen en este proceso.

Cuando las personas creen en sí mismos, se sienten realizados y han tenido una vida exitosa, están conscientes de que merecen una vejez plena. Sucede lo contrario cuando las personas no están satisfechas con su pasado y creen que su presente no les depara un buen futuro. Es ahí cuando comienzan a alejarse de sus metas y se dejan llevar por el día a día sin pensar que no tener planes puede llevarlos incluso a tener una muerte prematura al creer que la vida comienza a carecer de sentido cuando se alcanza la vejez.

La capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones por sí mismos; adoptar estas determinaciones y llevarlas a cabo con constancia, así como ser capaz de dominar su propia conducta, resultan imprescindibles para enfrentar con éxito las dificultades externas, puesto que son componentes importantes de la voluntad, que participan en la regulación de la actividad.

- 1.3 RESIGNACIÓN ACERCA DE SU CONDICIÓN ACTUAL.

Es cuando la persona se conforma y acepta una situación, dejando de luchar contra ella o de buscar soluciones respecto a la problemática que se le plantea.

Informante Pepe:

*[...] por lo menos tengo qué comer y mis medicinas, así que pa' qué me quejo... me cuesta caminar, ya estoy muy débil, con que no me ponga peor me conformo... la muerte es algo natural y pienso que sería mejor que venga por mí de una vez, total.*

Informante Luisa:

*[...] me dio un infarto cerebral hace algunos años y creo ya me voy a quedar así... se me hinchan los pies y me duelen, ni puedo caminar bien y tengo que usar bastón o mi andadera... ya ni veo, ya estoy ciega... Estoy bien amolada.*

Informante Paty:

*[...] estoy re mal, todo me duele, ya no puedo ni pararme... Ya estoy ciega, me operaron de las cataratas pero creo que quedé peor... Estoy sorda, me tienen que gritar para que los escuche... Casi no tengo dientes y no puedo comer casi nada... ni ir al baño puedo... me la paso casi todo el día acostada.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Los informantes refieren resignación ante sus enfermedades y su mal estado físico, con un sentimiento de inutilidad que se ven obligados a aceptar. Ellos ya han dejado de buscar soluciones a sus problemas. Se muestran con facies de tristeza por el estado de salud en que se encuentran, sin embargo no mencionan las intenciones de querer intentar hacer algo al respecto para mejorarlo. Por el contrario, incluso, se ven en la situación de tener que aceptar y desear su propia muerte.

La investigación realizada por Sequeira<sup>41</sup> menciona que las variables que se asocian significativamente con la soledad son: la presencia de enfermedades crónicas, la edad, el tipo de convivencia, la satisfacción con la vida, la percepción del estado de salud y del ánimo y el apoyo social. Esto se refiere a que los adultos mayores, al aceptar la etapa en la que se encuentran y su condición física, el tipo de relación que tienen con los demás y su falta de proyecto de vida; ellos mismos se condicionan a vivir de la forma en que lo hacen porque creen que esos factores contribuyen directamente a desarrollar cierto sentimiento de soledad.

Incluso cuando se tengan condiciones desfavorables en la vida, se debe luchar por lo que se quiere. Cuando no se está de acuerdo con la situación por la que se atraviesa se debe buscar una alternativa a todo aquello que incomoda. Sólo hay que buscar e intentar una y otra vez hasta alcanzar el objetivo deseado en vez de resignarse a lo malo que acontece en la vida. Ese es el peor error que cometen no solo los adultos mayores, sino la mayoría de los seres humanos y así no es posible superarse y mucho menos evolucionar.

Para lograr tener un envejecimiento exitoso es necesario hacer sacrificios desde temprana edad, evitando excesos y tratando de llevar una vida saludable. Es la única forma en que se pueden prevenir las consecuencias de los malos hábitos que se tienen a lo largo de toda la vida. Algunas personas lo logran pero la mayoría llega a la vejez con por lo menos una enfermedad crónica que ya cuando se dan cuenta y quieren corregir los daños, ya es demasiado tarde y lo único que pueden hacer es llevar un control de sus enfermedades, que muchas veces terminan por ignorarlo, así como las recomendaciones del personal de salud, logrando de esta forma empeorar su estado de salud y causando complicaciones cada vez más severas e irremediables, cuya única solución es la muerte. Al final, cada persona tiene la vida que cree merecer.

## Categoría 2: PAPEL DE LA FAMILIA.

En esta segunda categoría se aborda el cargo o función y responsabilidades de un grupo de personas emparentadas entre sí, que desempeñan en alguna situación o en la vida.

Subcategorías:

- 2.1 FALTA DE APOYO FAMILIAR.

Hace referencia a la carencia de protección o auxilio brindado por parte de un pariente en situaciones de adversidad.

Informante Pepe:

*[...] mis dientes ya están muy feos. Quiero comprar una placa pero la verdad es que no tengo dinero para eso y no creo que mi hija me apoye para comprarla.*

Informante Luisa:

*[...] mi hija nunca viene a verme, el que viene es el doctor. Vino ahora pero casi no me ayuda en nada ni siquiera le importa mi salud y eso que es doctor.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En esta subcategoría los entrevistados nos dicen que no cuentan con el apoyo de su familia para satisfacer algunas de sus necesidades. Con algunos de ellos fue tal su tristeza que la manifestaron por medio del llanto, les costaba un poco de trabajo hablar sobre el tema ya que se sentían muy heridos principalmente por sus hijos, quienes no muestran interés alguno por sus propios padres. Es decepcionante oírlos decir que dieron todo por sus hijos cuando eran pequeños para que al final se los paguen de esa forma, dejándolos en el completo olvido o no preocupándose por sus necesidades.

Martín<sup>42</sup> refiere que la generación intermedia va a encontrarse con la falta de autonomía de sus padres mayores y la consecuente inversión de roles entre hijos y padres ancianos. Cuando estos últimos ya no sean capaces de autoabastecerse, cuando se inicie la pérdida de su autonomía, es este el momento en el que los hijos van a encargarse del cuidado de sus padres mayores. Asumir este rol es una tarea difícil, y en muchos casos evitada, ya que es común que se acumule: la sobrecarga de las tareas de control del entorno familiar, la sobrecarga económica.

Generalmente cuando las personas llegan a la edad adulta es cuando sus hijos ya han formado una familia. Esto hace que se desentiendan de sus padres porque además de tener hijos y pareja, cuentan con un empleo y un hogar propio los cuales deben mantener y esto dificulta la atención hacia los padres, quienes deben intentar valerse por sí mismos mientras tengan la capacidad y sean autosuficientes. Esta situación por la que pasan los adultos mayores hace que se sientan abandonados porque sus hijos no les prestan la misma atención que antes. En muchos casos, realmente son abandonados en sus casas, en asilos o hasta en la calle.

Por el contrario, también existen hijos que apoyan de todas las formas posibles a sus padres y les brindan las atenciones necesarias para su bienestar y los integran a sus vidas y a sus actividades, haciéndolos sentir útiles e importantes en todo momento.

- 2.2. FALTA DE AUTONOMÍA.

Es la incapacidad que tiene una persona de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones.

Informante Pepe:

*Sí tengo pensión pero la verdad no me quedo con nada de eso. Mi hija, cada que me depositan va al súper y se*

*lo gasta todo... Así que de todo ese poquito dinero que me dan no veo ni un quinto.*

Informante Paty:

*[...] ya no me quedó de otra más que irme a vivir a la casa de mi hija porque mi casa ya la vendió y ni siquiera fue para preguntarme o decirme algo.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En el ámbito de la autonomía es importante mencionar que dos de los tres informantes son privados de poder tomar sus propias decisiones. Sus cuidadores primarios no los creen capaces de decidir sobre lo que es conveniente para ellos y no los toman en cuenta, alejándolos así de sus pertenencias o evitando que realicen ciertas actividades. En lo que a mí respecta, al realizar las entrevistas pude observar que poseen un buen estado mental que les permite decidir, opinar y participar correcta y activamente en sus propios asuntos. Siempre fueron participativos y contestaron cada pregunta sin ningún tipo de problema, por ello creo que no hay razón para que su voz no sea tomada en cuenta por nadie y mucho menos tratándose de su propia familia.

Romero <sup>43</sup> menciona que en su gran mayoría, los adultos mayores siguen estando en buenas condiciones físicas. Además de poder realizar las tareas de la vida diaria, siguen desempeñando un papel activo en la vida comunitaria. El grupo que se vuelve tan discapacitado como para requerir atención y asistencia diaria para las actividades cotidianas constituye una minoría dentro del grupo de las personas de edad.

Muchas veces se piensa que los adultos mayores ya no tienen la capacidad para tomar sus propias decisiones y es cuando la familia comienza a decidir por ellos dejándolos a un lado en la participación de opiniones. Esto es un grave error muy común que debe corregirse ya que las personas con lucidez mental siguen siendo

tan capaces, como personas más jóvenes, de realizar actividades, pensar por sí mismos y evaluar las situaciones que se presentan en sus vidas.

Cuando la familia habla por el adulto mayor, él se va creando una idea de que ya no puede participar activamente como lo hacía antes, aumentando su sentimiento de inutilidad y aceptando lo que los demás dicen. Crea una dependencia hacia otras personas es incapaz de realizar su voluntad.

Por ello es que cuando manifiestan malestar físico o inconformidad con el ambiente que les rodea, suelen ser ignorados y al no atender sus necesidades como debería de ser, comienzan a decaer su estado de salud y son manipulados por sus familiares haciendo que hagan lo que los demás quieren sin pedirles siquiera su opinión.

- 2.3. APOYO FAMILIAR.

Se define como la protección o auxilio brindado por parte de un pariente en situaciones de adversidad.

Informante Pepe:

*Vivo con una de mis hijas, ella se ocupa de mí... vale por los 4 hijos que tengo, siempre está al pendiente de lo que necesito.*

Informante Luisa:

*El hijo con el que vivo me mantiene, como vio que no tenía pantuflas ya me compró nuevas, me lleva por mi despensa y me ayuda a lavar mi ropa porque tiene lavadora y ya no tengo que lavar a mano como antes [...].*

Informante Paty:

*[...] algunos nietos me visitan de vez en cuando y siempre me traen algo, nunca llegan con las manos vacías. Me gusta que vengan porque platicamos, me hacen compañía y ya no me siento tan sola.*

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En esta parte, afortunadamente, los informantes cuentan con algún familiar que los apoya de alguna forma. Mencionan que algunos de sus hijos los ayudan con su manutención y preocupándose por lo que les hace falta. Aunque al entrevistarlos no pudieron evitar hacer comentarios relacionados con que el apoyo proporcionado no es suficiente como quisieran pero deben conformarse con lo mínimo. Los tres informantes se mostraron decepcionados de la atención que reciben por parte de sus familiares más cercanos.

Una investigación realizada por Arroyo et al.<sup>44</sup> refieren que la familia sigue siendo el principal soporte para cubrir las necesidades de los ancianos. En la familia, las personas mayores buscan cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad.

En síntesis, la importancia del apoyo familiar en la vida de los ancianos, especialmente cuando éstos son dependientes, es fundamental en muchos sentidos. Sin embargo, diversas condiciones económicas y sociales han hecho que las familias no siempre puedan responder de manera satisfactoria ante las necesidades de los mayores.

Los adultos mayores, al igual que todos los seres humanos, necesitan de compañía y sentir que aún son importantes, que su familia se preocupa por ellos y que son valiosos.

## CAPITULO V

### 5.1. Importancia para Enfermería.

Al realizar las entrevistas, los tres informantes mostraron facies de tristeza, manifestada incluso por llanto. Mencionan que sienten fatigabilidad, hipoergia e hipersomnia. Incluso han notado que su capacidad de concentración y memoria se han visto disminuidas. Es notable su mal estado de ánimo, refieren anhedonia ya que nada de las actividades que realizan en su vida diaria les produce placer alguno. Estas son algunas características propias de la depresión.

Al no poder realizar un diagnóstico médico pero sí diagnósticos de Enfermería, tenemos un amplio campo en el que podemos actuar con esta población. Debemos realizar intervenciones oportunas a todos los adultos mayores con los que tengamos contacto como profesionales de la salud. Esto para disminuir el riesgo de una posible depresión con consecuencias irreversibles.

No todas nuestras intervenciones deben ir dirigidas a resolver aspectos físicos. Muchas veces dejamos en segundo plano la parte emocional de las personas pero al igual que la salud física, la salud mental es muy importante para su bienestar y si no existe un equilibrio entre ambas, no es posible decir que alguien se encuentra saludable.

Como personal de Enfermería podemos aplicar diversas escalas e instrumentos que no son de carácter diagnóstico pero que sí nos sirven como herramientas para evaluar a los adultos mayores que sospechemos que puedan estar sufriendo algún trastorno depresivo o de ansiedad como es el test de Hamilton y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. También existe la escala de Lawton que nos ayuda a valorar la capacidad física que tienen las personas para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, y el mini mental de Folstein que sirve para evaluar el estado cognoscitivo.

Dependiendo de los resultados obtenidos en cada escala podemos actuar de la manera adecuada y canalizar a los pacientes a servicios especializados.

## **5.2. Conclusiones.**

En esta investigación se interpretaron las experiencias del adulto mayor en soledad, así como la influencia del apoyo que recibe por parte de su familia y con ello se llegó a las siguientes conclusiones:

La esperanza de vida va en aumento y en consecuencia hay cada vez más adultos mayores que necesitan mayor atención respecto a su salud.

El estilo de vida que llevan las personas desde temprana edad influye en cómo va a ser su vejez. Las metas que se plantean en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta son muy importantes porque deben ver a futuro y tener un plan de vida para su vejez para que no lleguen a esta etapa dejando que los demás decidan cómo deben vivir.

La vejez es una etapa donde se dan muchos cambios fisiológicos y psicológicos, los adultos mayores cambian su forma de ver la vida debido a distintos sucesos que van teniendo a lo largo de su desarrollo, algunos pueden tener dificultades en adaptarse a su nueva condición y también pueden tener problemas con su estado de ánimo debido a pérdidas significativas, lo que los lleva a tener un sentimiento de soledad.

Existen diversos factores de riesgo que predisponen a los adultos mayores a desarrollar un sentimiento de soledad, como pueden ser: la pérdida de la pareja, el abandono por parte de los hijos, la jubilación y la falta de ingreso económico y la presencia de enfermedades. Estos acontecimientos hacen que el adulto mayor se sienta abandonado, inútil, triste e incluso pierde el interés por seguir viviendo.

La soledad experimentada por los adultos mayores es un tema muy importante, al cual se le debe dar una mejor atención ya que generalmente no son tomados en cuenta los sentimientos de este grupo de personas o se piensa que es normal que ellos se sientan solos.

Mucha gente tiene una idea equivocada de lo que es envejecer y lo que conlleva este proceso. Se cree que la depresión, la soledad y los problemas de salud son

propios del envejecimiento, lo cual es erróneo. Envejecer no implica un deterioro cognitivo ni físico, teniendo los cuidados necesarios se puede lograr tener un envejecimiento exitoso.

Es vital proporcionar una atención adecuada a este grupo poblacional para poder tratar adecuadamente la situación de cada individuo dependiendo las alteraciones que presente, teniendo en cuenta que los adultos mayores son seres de gran importancia ya que sin ellos no seríamos nada y debemos tratarlos como queremos ser tratados a esa edad, con el respeto que merecen y así evitarles sufrimiento emocional o físico.

### **5.3. Recomendaciones y/o propuestas para los profesionales de Enfermería, las instituciones de salud y personas en general.**

- Dar mayor importancia a la salud mental de los adultos mayores.
- Crear grupos para enseñar a los familiares de los adultos mayores, los cambios que se generan con el envejecimiento para que puedan estar preparados y brinden un cuidado adecuado a los adultos mayores.
- Crear espacios donde los adultos mayores puedan intercambiar experiencias y conozcan gente nueva, con quienes puedan sentirse identificados.
- Investigar qué tan grave es la soledad de ciertos adultos mayores y canalizarlos a servicios psicológicos y/o psiquiátricos, en caso de ser necesario.
- Motivar a los familiares a realizar actividades recreativas dentro y fuera de casa donde los adultos mayores tengan participación.
- Motivar a los adultos mayores a realizar actividades que los hagan sentir bien.
- Crear estrategias para que los adultos mayores afronten exitosamente el sentimiento de soledad.
- Facilitar información a los adultos mayores de cómo evitar el sentimiento de soledad.
- Promover la atención multidisciplinaria para el cuidado de la salud de los adultos mayores.
- Realizar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas para profundizar en el tema de la soledad abarcando aspectos biopsicosociales.
- Establecer programas preventivos en instituciones de salud.

Estas intervenciones se proponen debido a la necesidad de que los adultos mayores no experimenten la soledad, ya que este puede llevarlos a tener consecuencias muy graves que pueden incluso terminar con su vida.

Es indispensable abarcar aspectos biológicos, psicológicos y sociales para realizar correctas intervenciones que ayuden a que los sentimientos de los adultos mayores sean positivos y tengan interés por seguir viviendo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Soledad en el adulto mayor [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003)
- 2 INEGI, población de adultos mayores [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: [www.inegi.org.mx/prod\\_serv/.../poblacion/.../Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/.../poblacion/.../Adultos_mayores_web2.pdf)
- 3 OMS, población adultos mayores [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 4 Demografía del envejecimiento en México [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: [www.inegi.org.mx/prod\\_serv/.../poblacion/.../Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/.../poblacion/.../Adultos_mayores_web2.pdf)
- 5 Soledad en el adulto mayor [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci_arttext)
- 6 Familia y tipos de familia [en línea] [fecha de acceso 17/02/16], URL disponible en: <http://definicion.de/familia/>
- 7 Boletín sobre el envejecimiento. “La soledad de las personas mayores”, Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, diciembre 2008.
- 8 Aislamiento [en línea] [fecha de acceso 09/02/16], URL disponible en: <http://definicion.de/aislamiento/>
- 9 Aislamiento y soledad en las personas mayores [en línea] [fecha de acceso 17/02/16], URL disponible en: [http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer\\_y\\_De dependencia/La\\_soledad\\_en\\_los\\_mayores.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_De dependencia/La_soledad_en_los_mayores.pdf)
- 10 García M, Martínez F, Flores M, et. al. Manual de Enfermería Geriátrica. 1ra ed. España; Mad SL; 2010.
- 11 Frankl, V. E. La psicoterapia al alcance de todos. Editorial Herder, Barcelona, 1986.
- 12 Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor [en línea] [fecha de acceso 15/11/15], URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010002200116](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010002200116)

- 13 Enfermería, apoyo social del adulto mayor [en línea] [fecha de acceso 18/12/15], URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016&script=sci_arttext)
- 14 Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento [en línea] [fecha de acceso 015/01/16], URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/cambioEnvejec.pdf>
- 15 López J, Jauregui J. Fisiología del Envejecimiento. 2da ed. Colombia; Médica Celsus; 2012.
- 16 Tabloski P. Enfermería Gerontológica. 2da ed. España; Pearson; 2010.
- 17 Stanley M, Blair K, Gauntlett P. Enfermería Geriátrica. 3ra ed. México; Mc Graw Hill; 2010.
- 18 Carrasco R, Cobos M, Erdozain M, et. al. Manual de Enfermería Geriátrica. 1ra ed. España, CTO Editorial; 2012.
- 19 Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8va ed. España; Wolters Kluwer Health; 2014.
- 20 Burkhart, KS: Diagnosis of depression in the elderly patient. Prim Care Pract, 2000.
- 21 Butler, R. and Orell, M.: Late – life depression. Curr Opin Psychiatry, 1998.
- 22 Lantz, MS: Alcohol abuse in the older adult. Clin Geriatr. 2002.
- 23 Alcohol and the elderly. /fact\_sheets.www.ias.org.uk. Accessed on 08/10/03.
- 24 Alcohol and the elderly. International Alcoholic Association. /fact\_sheets.www.ias.org.uk. Accesed on 08/03/03.
- 25 Fingerhood, M: Substance abuse in older people. J Am Geriatr Soc, 2000.
- 26 Mc Mahon, AL: Substance abuse among the elderly. Nurse Pract Forum, 1993.
- 27 Older Adults: depression and suicide facts. National Institute of Mental Health accessed on 08/05/03.
- 28 Townsed, MC: Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of Care, ed.4, FA Davis, Philadelphia, 2003.
- 29 García M, Martínez R. Enfermería y Envejecimiento. 2da ed. España; Elsevier; 2012.

30 Enfoque cualitativo [en línea] [fecha de acceso 10/01/16], URL disponible en: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque\\_cualitativo.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque_cualitativo.html)

31 Taylor, S.J. y Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados". Editorial Paidós Básica. 1987.

32, 33 Enfoque cualitativo, investigación. [en línea] [fecha de acceso 03/01/16], URL disponible en: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque\\_cualitativo.html](http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque_cualitativo.html).

34 Martínez M. Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. 2da ed. México; Trillas; 2011.

35 Álvarez-Gayou J. Cómo Hacer Investigación Cualitativa, fundamentos y metodología. 1ra ed. México; Paidós Ibérica; 2005.

36 Consentimiento informado, ley general de salud [en línea] [fecha de acceso 03/01/16], URL disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev\\_historico/REV31.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV31.pdf)

37 Criterios de rigor científico en la investigación cualitativa [en línea] [fecha de acceso 19/02/16], URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>

38 Cardona Jiménez Jairo León, Villamil Gallego María Mercedes, Henao Villa Eucaris, et al. El Sentimiento De Soledad En Adultos Medellín, Colombia, 2013.

39 Aguilar Hernández Rosa Ma. Caracterización del Binomio Adulto Mayor-Familiar de Convivencia. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011.

40 Jiménez Betancourt Elena. El proyecto de vida en el adulto mayor MEDISAN 2012.

41 Sequeira Daza Doris. La Soledad en las Personas Mayores: Factores Protectores y de Riesgo. Evidencias Empíricas en Adultos Mayores Chilenos Granada, 2011.

42 Martín Luisa. El Adulto Mayor en la Familia. IX Congreso Argentino de Logoterapia. "Hacia un Envejecimiento con Sentido. Argentina.

43 Julio Romero Cabrera. Perspectivas Actuales en la Asistencia Sanitaria al Adulto Mayor. Revista Panamericana de Salud Pública, Cuba 2009.

44 Arroyo Rueda María Concepción, Ribeiro Ferreira Manuel. El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. México, 2011.

