

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO, DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES Y DEL PERSONAL DE LA SALUD DE LA
FUNDACIÓN GERONTOLÓGICA MÍ SEGUNDO HOGAR**

GUISELLE CAMILA GUANTIVA CABRERA

GINETH VERÓNICA QUIROGA BORJA

FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERADORES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

BOGOTA, D.C.

OCTUBRE 2018

**FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO, DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES Y DEL PERSONAL DE LA SALUD DE LA
FUNDACIÓN GERONTOLÓGICA MÍ SEGUNDO HOGAR**

GUISSELLE CAMILA GUANTIVA CABRERA

GINETH VERÓNICA QUIROGA BORJA

JOHANNA ANDREA FOLLECOERASO

ASESORA

FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERADORES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

BOGOTA, D.C.

OCTUBRE 2018

Nota de aceptación

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, la suprema muestra de que no existen los imposibles; por su infinita bondad y amor para con nosotras cada día, agradecemos a nuestras familias por el apoyo incondicional, el esfuerzo, la motivación; a nuestra asesora Johanna Andrea Folleco por el trabajo en conjunto, por creer en nuestro esfuerzo constante de mejorar y ser parte de este proyecto con gran compromiso y sabiduría, por ultimo agradecemos a la Señora Claudia Zapata directora de la Fundación Gerontológica mi segundo Hogar por el apoyo y disposición hacia nuestra investigación.

Resumen

La población ha envejecido desde sus inicios y actualmente el acelerado envejecimiento poblacional es un cambio demográfico que requiere atención prioritaria, para esto es necesario conocer en detalle las demandas de dicha población y los factores asociados a calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde su percepción y la del personal de la salud. Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y transversal, para esto se contó con la participación de 10 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar y cuatro profesionales en el área de la salud encargados del cuidado de los adultos, se realizó una entrevista semiestructurada diseñada para cada una de las partes participantes, acompañada de observación pasiva, para el análisis de datos se utilizó el software NVivo. Se encuentran convergencias en factores como; las relaciones interpersonales, funcionalidad, satisfacción de necesidades básicas y bienestar material, mientras que difieren en la valoración de la autonomía, inclusión social y desarrollo personal. Se concluye que los factores más influyentes en la percepción de calidad de vida del adulto mayor son: relaciones interpersonales, bienestar emocional y bienestar físico, y desde la percepción del personal de la salud es el bienestar emocional.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, percepción

Abstract

The intensive population aging induces a demographic change that needs priority attention, for this, it is necessary to know in detail the demands of the above-mentioned population and the factors that can favor the quality of life of the major adults. In many cases, the major adults end up by living in institutions that have to tend for the care of his health. To attend with quality to this population must be an intention to expiring on the part of the institutions that receive them, this notion needs to be evaluated from the perspective of the major adult and of the medical welfare personnel, principal actors inside the care. By There was realized an investigation that tries to realize of the factors that intervene in the quality notion of life from the perspective of the major adult and of the medical welfare personnel of the Foundation Gerontológica My Second Home. This one is an investigation of qualitative, descriptive and transverse type, and he possessed the participation of 10 major adults and four professionals in the area of the health. For the compilation of the information participant applied To Himself a semistructured interview directed every group. In addition, of taking record of passive observation. For the analysis of information, there was in use the software NVivo. The actors converge in considering that factors as: the interpersonal relations, functionality, satisfaction of basic needs and material well-being, they are necessary to have a favorable notion on the quality of life; but they differ in the valuation that they give him to the autonomy, the social incorporation the personal development, as determinant factors. One concludes that the factors that more influence the quality perception of the life of the major institutionalized adult, from his perspective are: the interpersonal relations, the emotional well-being, and physical well-being. In relation to the welfare personnel, the most important factor is emotional well-being.

Keywords: major adult, quality of life, perception

Tabla de contenido

1 <u>Justificación</u>	7
2 <u>Planteamiento del problema</u>	9
3 <u>Objetivos</u>	10
3.1 <u>Objetivo General</u>	10
3.1.2 <u>Objetivos Específicos</u>	10
4 <u>Marco Teórico</u>	11
4.1 <u>Envejecimiento</u>	11
4.1.1 <u>Datos socio-demográficos</u>	11
4.1.2 <u>Adulto mayor institucionalizado</u>	13
4.2 <u>Teorías del envejecimiento</u>	14
4.2.1 <u>Teoría del desgaste</u>	14
4.2.2 <u>Teoría de error catástrofe</u>	15
4.2.3 <u>Teoría del entrecruzamiento</u>	15
4.2.4 <u>Teoría de los radicales libres</u>	15
4.2.5 <u>Teoría de la programación genética</u>	15
4.2.6 <u>Teoría medio ambiental</u>	16
4.2.7 <u>Teoría del soma desechable</u>	16
4.2.8 <u>Teoría de la mortalidad extrínseca</u>	16
4.2.9 <u>Teoría de la mutación genética</u>	17
4.2.10 <u>Teorías evolutivas</u>	17
4.3 <u>Psicología y Envejecimiento</u>	17
4.3.1 <u>Perspectiva cognitiva del envejecimiento</u>	18
4.3.2 <u>Perspectiva psicodinámica del envejecimiento</u>	18
4.3.3 <u>Enfoque sistémico y envejecimiento</u>	19

4.3.4	<u>Psicología de la salud y enfoque sistémico</u>	21
5	<u>Calidad de vida y envejecimiento</u>	23
5.1	<u>Dimensiones de la Calidad de vida</u>	23
5.1.1	<u>Bienestar Físico</u>	23
5.1.2	<u>Bienestar Emocional</u>	26
5.1.3	<u>Inclusión Social</u>	28
5.1.4	<u>Desarrollo personal</u>	29
5.1.5	<u>Relaciones interpersonales</u>	31
5.1.6	<u>Bienestar Material</u>	32
5.1.7	<u>Autodeterminación</u>	33
5.1.8	<u>Derechos</u>	34
6	<u>Marco Metodológico</u>	35
6.1	<u>Tipo de investigación</u>	35
6.2	<u>Participantes</u>	35
6.2.1	<u>Criterios de inclusión para adultos mayores</u>	35
6.2.2	<u>Criterios de exclusión para adultos mayores</u>	35
6.2.3	<u>Criterios de inclusión para el personal de la salud</u>	35
6.2.4	<u>Criterios de exclusión para el personal de la salud</u>	35
6.3	<u>Instrumento</u>	36
6.4	<u>Procedimiento</u>	38
7	<u>Resultados</u>	40
7.1	<u>Resultados por categoría desde la percepción los adultos mayores</u>	40
7.1.1	<u>Bienestar</u>	40
7.1.2	<u>Integración social</u>	42
7.1.3	<u>Desarrollo personal</u>	43

7.2 <u>Resultados por categoría desde la percepción del personal de la salud</u>	43
7.2.1 <u>Bienestar</u>	43
7.2.2 <u>Integración social</u>	45
7.2.3 <u>Desarrollo personal</u>	46
7.3 <u>Convergencias y divergencias</u>	47
7.3.1 <u>Bienestar</u>	48
7.3.2 <u>Integración social</u>	48
7.3.3 <u>Desarrollo personal</u>	48
8<u>Discusión</u>	50
9<u>Conclusiones</u>	54
10 <u>Referencias</u>	56
11<u>Anexos</u>	65

1. Justificación

En Colombia la población de adultos mayores presenta un crecimiento acentuado entre los años 1985 y 2015. Entre 1985 y 1993 la tasa de envejecimiento poblacional pasó de un 16,6% a 20,1%, presentando un incremento de 3.5%; del año 1993 al 2005 el crecimiento fue del 8% y de este año a 2015 el aumento fue de 12.8%, lo que muestra el acelerado crecimiento poblacional del adulto mayor. El Ministerio de Salud y Protección Social (2013) y la OMS (2015) estiman que para el año 2020 el 49% de la población del país estará conformada por adultos mayores.

Frente a lo anterior, en Colombia la preocupación por brindar una buena calidad de vida al adulto mayor ha sido evidente, mediante las políticas públicas creadas en pro de la protección de los derechos de dicha población, por ejemplo, el Decreto 345 del 2010 establece la política pública social para el envejecimiento y la vejez en Bogotá, que define las condiciones mínimas de vida de los adultos mayores, con base en el respeto y la potenciación de la autonomía, la libertad individual, y la construcción de proyectos de vida desde del reconocimiento de las subjetividades humanas y la creación de entornos ambientales, económicos, políticos, sociales, culturales y recreativos que favorezcan dichos propósitos.

En esta línea, el estado de salud es una de las condiciones de vida más importantes para los adultos mayores, que se ve afectada por el desarrollo sistemático del ser humano, que trae consigo cambios biológicos; producto del deterioro progresivo del cuerpo, los hábitos de vida saludables o nocivos que se han llevado a lo largo de la vida como factores desencadenantes de enfermedades físicas o que aportan a una vejez saludable. Por otro lado, están los cambios psicológicos, que responden a la importancia de aspectos más subjetivos como el autoconcepto, la autonomía, la identidad, la relación con el medio y la calidad de las relaciones que establece durante el proceso de adaptación a la etapa vital del envejecimiento para responder adecuadamente a los cambios mencionados anteriormente, y debido a que la

población Colombiana está envejeciendo cada vez más rápido, el sistema de salud tiene nuevas exigencias, que hacen necesario el conocimiento detallado del fenómeno de la calidad de la vida en la vejez y los factores que sobre ella influyen de manera positiva o negativa (Rosselli & Hernández, 2016). Es necesario conocer tales cambios en detalle desde la percepción de quien los vive, en este caso el adulto mayor, para influir en ellos de manera satisfactoria.

Teniendo en cuenta que no hay investigaciones en Bogotá sobre la calidad de vida de los adultos mayores que tengan en cuenta la percepción del adulto mayor, este trabajo busca examinar la relación entre los factores que influyen en la percepción de calidad de vida desde la perspectiva del adulto mayor institucionalizado y del personal de la salud que cuida de los mismos. Este trabajo pretende aportar al vacío teórico previamente identificado. Adicionalmente, teniendo en cuenta la cantidad de adultos mayores institucionalizados (65% de la población total de adultos mayores), es importante dirigir la atención sobre los adultos mayores que habitan los hogares de larga estadía o granjas para el envejecimiento, como son llamados en la política nacional de envejecimiento y vejez. En Bogotá, según la Encuesta Nacional de Demografía (Ministerio de Salud, Profamilia & Todos por un nuevo país, 2015), actualmente se registran 22 hogares en funcionamiento y bajo el amparo del Estado, mientras que más de 400 son de tipo privado y están distribuidos en zonas como Normandía, Cedritos y Santa Isabel.

Los lugares especializados en atención para el adulto mayor brindan servicios tales como: cuidado permanente de domingo a domingo durante 24 horas, servicios de alimentación, servicio de acompañamiento en salud de psiquiatría, neuropsicología y medicina interna, acompañamiento 24 horas del personal de enfermería, servicio de lavandería, aseo y actividades complementarias culturales y de recreación (Ministerio de Salud y Protección Social en su informe al congreso, 2017).

2. Planteamiento de problema

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la percepción de los adultos mayores y el personal de la salud de La Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar los factores asociados a calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la perspectiva de los adultos mayores y del personal de la salud de la Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar.

3.2 Objetivos específicos

Examinar la influencia de aspectos como: Bienestar, Integración social y Desarrollo personal, sobre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de la Fundación Geriátrica

Comparar la percepción que tienen los participantes del estudio sobre la importancia del Bienestar, la Integración social y el Desarrollo personal, como determinantes de la calidad de la vida.

Analizar, desde la perspectiva sistémica y con base en la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner, la dinámica relacional de la Fundación Geriátrica.

4. Marco Teórico

4.1 Envejecimiento

Desde un enfoque del ciclo vital el envejecimiento es un proceso que se inicia con el nacimiento, termina con la muerte y atraviesa las dimensiones: biológica, ecológica, social, psicológica y espiritual del ser humano. Franco y Sánchez (2008) consideran que es un proceso dinámico, irreversible y único para cada persona, que se acelera hacia el final de la edad adulta, que compromete de forma progresiva las capacidades físicas y mentales.

Esta etapa también es definida según Rodríguez (2011) como un trascender histórico, en donde el individuo ya ha establecido su vida y cuenta con diversas experiencias las cuales aportaron a construir un estilo de vida particular, que puede modificarse aún, ya que no está limitado por la edad ni la funcionalidad del sujeto.

Existen diversas percepciones culturales acerca del envejecimiento, por ejemplo, en la cultura occidental el adulto mayor puede ser considerado como un poseedor de conocimiento, ya que se le atribuye la sabiduría a las experiencias vividas; sin embargo, se han creado diversos mitos frente la vejez, estipulando imaginarios negativos que enmarcan a toda la población con características comunes, como: enfermedades crónicas, deterioro, discapacidad y dependencia, dejando a un lado sus capacidades y generando daño en la autopercepción del adulto mayor.

4.1.1 Datos socio-demográficos del envejecimiento.

De acuerdo con el DANE (2005) durante las últimas décadas la población latinoamericana ha tenido un aumento considerable en la cantidad de personas de 60 años y más. Entre 1975 y el 2000 la población de adultos mayores pasó de 6,5% a 8,2%, o lo que es igual a considerar que de cada cuatro personas una es igual o mayor de 60

años. Para el 2000 se registraron 43 millones de personas mayores de 60 años y se estima que para el año 2025 esta cifra aumente en 57,5 millones de personas más.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y la División de Población de la CEPAL, clasifican en cuatro grupos a los países según la fase del proceso de envejecimiento de sus habitantes, de tal forma que reconocen países con un envejecimiento: incipiente, moderado, moderadamente avanzado o avanzado. Colombia se encuentra en el segundo grupo junto a 14 países como: las Bahamas, Brasil, Costa Rica, el Ecuador, México, Panamá, el Perú, República Dominicana, República Bolivariana de Venezuela entre otros, que tienen una tasa de fecundidad baja (entre 2 y 3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento que oscila entre el 20% y el 32%.

Precisando los datos demográficos de la población de adultos mayores en Colombia, en un siglo, según el DANE (2005), el país pasó de 4'355.470 habitantes a 42'090.502, de los cuales más del 6% (2'617.240) es mayor de 65 años, de los cuales el 54.6% son mujeres. Las ciudades en donde más se concentra esta población son: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, ciudades que concentran el 63.12% de esta población.

Las estadísticas muestran un crecimiento evidente de la población de adultos mayores, y la alerta aumenta al revisar que mientras la población en general incrementa 1.9%, promedio anual, la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4.450 personas de 99 años y más, lo cual equivale al 0.011% del total de la población; de la que el 95% se encuentra alojado en hogares privados y distribuidos de la siguiente forma en las principales ciudades del país: Bogotá, D.C., (9%), Medellín (6.1%), Barranquilla (3.6%), Cali (5.3%) y Cartagena (2.1%).

Según Céspedes (2003) este marcado aumento en el envejecimiento poblacional se debe a causas específicas como: el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración.

4.1.2 Adulto mayor Institucionalizado.

La institucionalización de los adultos mayores es precipitado por factores como las condiciones inadecuadas para el desarrollo de la vejez que se presentan cada vez más, como que el cuidado de las personas mayores que requieren algún tipo de asistencia pase a manos de personal externo a la familia del individuo que se encargan de ayudarles a sobrevivir, la generalización de insuficiencias asociadas a la etapa de la vejez, la despreocupación y el crecimiento de estigmas sociales son otras causas de la institucionalización, que producen que la conexión afectiva disminuye entre el anciano y su círculo primario.

Según Molina, Meléndez y Navarro (2008) la transición desde el hogar hasta la institución puede implicar estrés para el adulto mayor, pues requiere enfrentarse a contextos nuevos que le exigen adaptarse; la sensación de estrés estará relacionada con los mecanismos o estrategias personales y sociales de afrontamiento. Iglesias-Souto y Dosil (2005) afirman que los elementos más importantes para que en los adultos mayores se genere una sensación de satisfacción con el centro al que llegan tiene que ver con el entorno físico, las posibilidades de un buen descanso, la calidad del cuidado que le rinda el personal y las relaciones que pueden establecer dentro del lugar.

Respecto a este último punto las relaciones más importantes para los adultos mayores en su ingreso al hogar es la que se establece con sus familiares, ya que influyen en su capacidad de adaptación, aunque en relación a esto (Molero, Pérez-Fuentes,

Gozque, & Sclavo, 2011) refieren que en la mayoría de los casos posterior a la institucionalización y con el paso del tiempo los vínculos entre el adulto mayor y sus familias comienza a hacerse distante, debido en gran parte a que los últimos ceden paulatinamente la responsabilidad de los adultos, incluso la emocional. Aunque, los adultos mayores que viven en residencias parecen disponer de redes de apoyo familiar, con contactos limitados en su frecuencia, hay que tener en cuenta aspectos relacionados que pudieran estar dificultando la periodicidad en los contactos familiares, como pueden ser los cambios en la estructura familiar acontecidos en los últimos años (Abellán, Esparza & Pérez, 2011), o la ubicación de las residencias de alta ocupación que, con frecuencia suelen ser construidas en el retiro de núcleos urbanos (Pino, Crespo & Portela, 2010).

Respecto a los lugares de institucionalización para el adulto mayor se dispone la Ley 1850 de 2017 que en su Artículo 17 literal h dispone que las granjas para adulto mayor serán: un conjunto de proyectos e infraestructura orientados a brindar en condiciones dignas, la satisfacción de las necesidades básicas de los adultos mayores que las integren. Estos centros, deberán contar con asistencia permanente y técnica para el desarrollo de proyectos que promuevan la participación y potencialización de las capacidades de los adultos mayores desde su funcionalidad.

Por otra parte, la promoción de salud se debe abordar desde diversas perspectivas.

Desde un escenario macrosocial, las políticas públicas deben propender por disminuir la inequidad en esta etapa de vida.

4.2 Teorías del Envejecimiento

Se han reconocido más 300 teorías biológicas y fisiológicas que explican los mecanismos por los que se generan cambios en los individuos, todas estas teorías

coinciden en que no existe un único mecanismo responsable del envejecimiento, en tanto se encuentran vinculados diversos aspectos humanos (Hernando, 2006).

Dentro de las diversas teorías que explican la naturaleza del envejecimiento, existen dos grandes grupos: las teorías estocásticas y las no estocásticas. Según explica Rocha (2013) el primer grupo se caracteriza por sostener que el envejecimiento se da por la desregulación genética generada por cambios fortuitos en el ambiente. Las teorías de este primer grupo intentan explicar de manera más precisa el envejecimiento, de este grupo forman parte la teoría del desgaste, la del error catastrófico, la teoría del entrecruzamiento y las teorías de los radicales libres.

Las teorías no estocásticas explican que el envejecimiento está delimitado por una programación genética, como la continuación del proceso de desarrollo y la última etapa del genoma programado desde la herencia, dentro de este segundo gran grupo se encuentran las teorías genéticas y la teoría del marcapasos.

A continuación, se explicará una a una esas teorías representativas.

4.2.1 La teoría del desgaste. Según Rubio (1998) establece que el organismo envejece debido al deterioro progresivo en sus sistemas, por la acumulación de daños en las células por su uso a través del tiempo.

4.2.2 Teoría de Error- Catástrofe. Propuesta por Orgel (1963) postula que, con la edad, se produce una deficiencia en la síntesis de proteínas esto ocurre periódicamente hasta producir una pérdida “catastrófica” del homeostasis celular, ocasionando la muerte celular. Teniendo en cuenta que los seres vivos tienen una serie de células encargadas de defender el organismo ante situaciones adversas, en ocasiones son éstas células las que mueren en este proceso y se genera el envejecimiento.

4.2.3 Teoría del entrecruzamiento. Refiere que se dan algunos cambios químicos en proteínas y lípidos por causa de factores del ambiente y la dieta, que

producen a cambios específicos en el cuerpo como la pérdida de colágeno y la elastina, promoviendo así algunas enfermedades, su ocurrencia va aumentando a través del tiempo y produce modificaciones en el funcionamiento de los órganos y produce el deterioro o envejecimiento del cuerpo.

4.2.4 Teoría de los radicales libres. Denham (1956) postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por radicales libres, entendidos como grupos de átomos con alta capacidad de reacción química, que al encontrarse con otras moléculas suelen dañarlas. Por tanto, es esto lo que diferencia el envejecimiento de una persona a otra y es que las moléculas cuyo funcionamiento resulta afectado actúan de manera incorrecta, produciendo enfermedades como asociadas a edad como aterosclerosis, artritis, distrofia muscular, cataratas, disfunción pulmonar desórdenes neurológicos, declinación del sistema inmune e incluso el cáncer.

Dentro del segundo gran grupo se encuentran las siguientes teorías: las Teorías Genéticas compuestas por la teoría de la programación genética, teoría medio - ambiente, teoría del soma desechable, teoría del incremento en la mortalidad extrínseca.

4.2.5 Teoría de la programación genética. Refiere que la transformación en el ADN con el paso del tiempo es inevitable, y causa que se deteriore la síntesis de proteínas lo que genera que se pierda funcionalidad celular y por ende disminución en la actividad correcta de los sistemas de los seres vivos, que se va haciendo progresivo e irreversible hasta la muerte.

4.2.6 Teoría medio-ambiental. Murray (1938) expone que el envejecimiento se da por factores extrínsecos que tienen influencia en el funcionamiento de los organismos. Además, relaciona que los cambios intrínsecos de las células son a causa de factores extrínsecos y a la demanda del organismo de adaptarse al medio en el que se

encuentra; los principales cambios ambientales que generan estos daños son la concentración de oxígeno, los cambios bruscos de temperatura y la dieta. Esta teoría se desecha cuando se comprueba que las células son capaces de mantener en bajos niveles de temperatura, presentan menos lesiones a bajas concentraciones de oxígeno y con un consumo mínimo de energía.

4.2.7 Teoría del soma desechable. Kirkwood y Austad (2000) refieren que cuando un organismo cumple con su función de reproducción y se ha cumplido con el objetivo de preservar la especie, se comienza una lucha de sobrevivencia con el medio ambiente y, además, se activan los genes longevos que se generan daños en los genes que fácilmente les permite sobrevivir y se va deteriorando la vida del organismo.

4.2.8 Teoría de la mortalidad extrínseca. Es propuesta por los mismos autores de la teoría del soma desechable, y refiere a que los factores externos a los organismos como, por ejemplo, la muerte por carencia de alimentos, muerte por un predador, etc. Debido a esta mortalidad los organismos más jóvenes mueren más rápido y su periodo de reproducción se hace más jóvenes, por ende, sus genes longevos se activan más rápido, deteriorando sus funcionamientos en diversas áreas.

Y el segundo grupo de las no estocásticas está la Teoría del marcapasos que señala que los sistemas inmune y neuroendocrino serían una especie de “marcadores intrínsecos” del envejecimiento. La involución de ambos sistemas estaría genéticamente programada para ocurrir en momentos específicos de la vida. A este hecho se le ha denominado como “Reloj del envejecimiento” (Burnet, 1970). Otras teorías que explican el envejecimiento son:

4.2.9 Teoría de la mutación genética. Es propuesta por Szilard en 1959 plantea que el envejecimiento se da como resultado de un cambio en el ADN de las células de trabajo de grado factores asociados a calidad de vida algunos órganos deliberadamente, por falta de oxígeno aportó más adelante Miquel y Fleming (1984).

4.2.10 Teorías evolutivas. Indican que la senescencia, entendida como una serie de relaciones dadas entre las células de un organismo en respuesta a alguna falla dentro del sistema, es un proceso fisiológico, que lleva una serie de cambios en las células afectadas e intenta frenar su proliferación; estos constantes cambios generan un cambio en las estructuras celulares generando el envejecimiento del organismo, aunque en esta teoría es considerada como perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos, constituye una característica normal en la vida de los animales superiores.

Existen tres teorías evolutivas, la primera hace énfasis en que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el cambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicada. La segunda propone que los cambios perjudiciales que se dan tarde son los responsables del envejecimiento y la tercera indica que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia de las células a los cambios del ambiente y la renovación a tiempo.

4.3 Psicología y Envejecimiento

Desde la psicología se encuentran diversos planteamientos teóricos del envejecimiento los cuales dan a conocer diferente perspectiva. A continuación, se presentan algunos enfoques.

4.3.1 Perspectiva cognitiva del envejecimiento

En primer lugar, lo cognitivo hace referencia al conjunto de habilidades que tienen que ver con los procesos ligados a la adquisición, organización, retención y uso del conocimiento, estas habilidades son diversas e incluyen tanto las competencias más básicas

relativas a la atención, la percepción o la memoria, como a las capacidades intelectuales complejas que subyacen, por ejemplo, al razonamiento, a la producción y comprensión del lenguaje o a la solución de problemas.

Las habilidades cognitivas se desarrollan con la edad y declinan con la misma. Estudios empíricos demuestran que el envejecimiento puede acompañarse de cambios como el procesamiento de información, la velocidad de procesamiento y la inhibición, debido a que en el adulto mayor se deteriora la inteligencia, en tanto en el procesamiento de la información se generan pérdidas en la memoria operativa, por ejemplo al tener cantidad de recursos disponibles en un momento determinado para procesar información, lo cual implica almacenamiento, recuperación y transformación, en la etapa de la vejez resulta complejo ya que únicamente pueden realizar operaciones sencillas, asimismo la velocidad del procesamiento se empieza a complicar al ejecutar operaciones mentales para llevar a cabo una tarea, más probable es que los procesos empleados por las personas mayores, para su realización sean distintos de los realizados por los más jóvenes debido a la menor velocidad vinculada a la edad, ya que las tareas se vuelven más complejas, por tal razón existe inhibición tanto de la memoria como de la cognición (Bravo, 2006).

4.3.2 Perspectiva psicodinámica del envejecimiento

En el psicoanálisis freudiano se hace referencia a que el comportamiento de los adultos mayores es estable y está determinado por una personalidad creada desde los primeros años de vida. Las tensiones de la vejez, por ejemplo, la enfermedad, la viudez o la jubilación, son cambios que presionan en exceso la capacidad del Yo y se genera una crisis y se pierde el control. Para comprender la conducta del adulto mayor es necesario mirar las necesidades, fantasías y deseos inconscientes que motivan los actos de la persona, por ejemplo, la necesidad de ser cuidado en la vejez como un deseo infantil que se activa en situaciones de estrés (Belsky 2002).

4.3.3 Enfoque sistémico y envejecimiento

Von Bertalanffy (1973) propone la teoría general de los sistemas, que define un sistema como una entidad cuya existencia y funciones se mantienen integradas por la interacción de sus partes. Von Bertalanffy denomina “sistema abierto o vivo” a aquel que establece un intercambio con su medio, que importa y exporta materia, energía e información. Las relaciones, entre los elementos de un sistema y los de éste con su ambiente, son de suma importancia para su comprensión. La teoría general de los sistemas busca la formulación de aquellos principios que son válidos para cualquier sistema en general, los cuales son: totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y regulación. Garibay (2013) define los principios de la siguiente forma:

Totalidad: los sistemas deben funcionar como un todo, compuesto por la suma de sus elementos para así formar una totalidad, ya que se tiene como premisa principal que “es imposible conocer las partes sin conocer el todo” en tanto las propiedades y características no pueden reducirse a elementos que lo componen.

Interacción dinámica: está relacionada con los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social con el cual interactúa, por tal razón los conflictos intrapsíquicos son el resultado de conflictos interpersonales interiorizados.

Equifinalidad: los sistemas tienden hacia un tipo de orden para asegurar su propia continuidad, crecimiento o cambio, lo cual se logra mediante la búsqueda de un equilibrio dinámico. La supervivencia del sistema entonces depende de su capacidad para adaptarse a las diferentes exigencias externas e internas.

Entropía negativa: es una medida del desorden, por tal razón la entropía negativa o información es una medida del orden o de la organización, ya que esta última, en comparación con la distribución al azar, es un estado improbable.

Regulación: hace referencia a mantener el equilibrio de las interacciones, mediante reglas, límites y retroalimentación, es decir, la secuencia de conductas que se establece a través de las pautas de interacción.

En este orden de ideas, el desarrollo del ser humano al igual que el de cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con los otros, los cuales resultan siendo escenarios de interacción con el ambiente, este modelo es reconocido como ecológico, el cual plantea bases importantes, que permiten conocer las diferentes maneras en las cuales las personas se relacionan con el entorno, estos son el microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Espina, Gimeno &González, 2006).

El microsistema, según Torrico,Santín, Villas, Álvarez-Darde y López (2002) hace referencia al nivel más cercano de la persona, incluyendo los roles, comportamientos y relaciones características de los contextos cotidianos, siendo el conjunto de interrelaciones que se dan dentro del entorno inmediato, como los amigos o el hogar, aunque la familia es considerada el microsistema más importante que configura la vida de una persona.

El mesosistema comprende las relaciones de dos o más entornos en los cuales la persona participa activamente como la familia, trabajo y vida social, es por tanto un sistema de microsistemas, el cual se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno. El exosistema se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona, por ejemplo el lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la mamá, entre otros, y por último, se reconoce al macrosistema como las características de la cultura, creencias, políticas y momento histórico-social.

Desde este modelo psicológico, resulta fundamental reconocer al adulto mayor como parte de un contexto, con una historia personal particular, identificar las fuentes de apoyo y necesidades propias de la población, es importante para el reconocimiento propio del

individuo, pues el entorno social próximo, como; familiares, profesionales encargados del cuidado del adulto mayor, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros, influyen en la calidad de vida del mismo (Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010).

Psicología de la salud y enfoque sistémico

Oblitas (2007) plantea que la salud está profundamente influenciada por los comportamientos, pensamientos, emociones y relaciones sociales que tiene la persona, de tal manera que los estilos de vida saludables están en constante relación con aquello que hacen los individuos para tener una buena calidad de vida.

Como se mencionó con anterioridad, el enfoque sistémico define un sistema como un todo complejo de partes interrelacionadas e interdependientes. Las políticas y estrategias para la atención a este tipo de población deben reconocer como integrantes de una sociedad la cual merece una atención integral, desde las entidades del estado y relaciones con familiares, ya que el entorno social influye en el estado de salud y emotividad del adulto mayor (Erazo 2015).

5 Calidad de vida y Envejecimiento

Por otra parte, el origen del concepto de calidad de vida se remonta a la Segunda Guerra Mundial, cuando según Campbell (1981) los investigadores de la época se interesaron por conocer la percepción que tenían las personas sobre lo que podría considerarse “una buena vida” a partir de la valoración de su estabilidad económica. El término se generalizó gracias al uso dado por los científicos sociales de los sesentas, quienes iniciaron investigaciones relativas al tema involucrando variables como: nivel socioeconómico y educativo, y el tipo de vivienda (Bognar, 2005). Sin embargo, el concepto fue usado con anterioridad por autores como Shaw, Rodgers, Haas y Ferrans.

En 1977 Shaw definió calidad de vida como la interrelación de factores discretos y dispuestos en una ecuación que permitía su estimación. Shaw determinó la calidad de vida

individual con esta ecuación: $QL=NE \times (H+S)$, en donde relaciona variables como la dotación genética del sujeto (NE), el aporte hecho por su sistema primario, es decir, la familia (H) y la contribución hecha por el contexto en el que se desarrolla (S). Por su parte Rodgers (1976) y Haas (1999) plantearon el concepto, pero desde una perspectiva más subjetiva que involucró a su vez conceptos como felicidad y sensación de bienestar. Desde esta misma perspectiva, Ferrans (1990) definió calidad de vida como un estado subjetivo de bienestar relacionado con la percepción de satisfacción o insatisfacción en áreas de relevancia para el sujeto. A propósitos de satisfacción.

Para este trabajo se usará el concepto de calidad de vida propuesta por Schalock y Verdugo (2007), quienes la definen como un estado deseado de bienestar personal de carácter multidimensional, que tiene propiedades éticas ligadas a la cultura, así como componentes objetivos y subjetivos, que se encuentra influenciada por factores personales y ambientales, y que se divide en ocho dimensiones: bienestar físico, emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y derechos. Las dimensiones serán definidas más adelante en el documento.

En consecuencia, al envejecimiento demográfico acelerado y a los cambios particulares que genera esta etapa en los individuos, surge la necesidad de responder a una preocupación en relación a la percepción de satisfacción personal, bienestar, calidad y dignidad de vida de sus mayores.

Según Herrera y Guzmán (2012) el envejecimiento es un proceso heterogéneo donde cada sujeto evoluciona de forma singular de acuerdo con su estilo de vida, experiencias particulares y la manera en que afronte los diversos acontecimientos que se van presentando a lo largo de la vida. Este estilo de vida será clave a la hora de enfrentarse con las enfermedades comunes, crónicas y/o las discapacidades, con la compañía de los seres queridos o en la soledad, y el tiempo libre en reemplazo de horas de trabajo; en este punto el

envejecimiento se convierte en un tema concerniente a la salud pública, ya que las pérdidas progresivas de esta etapa deben ser compensadas con calidad de vida que apunte a la integralidad del ser humano. En relación al envejecimiento y el concepto de calidad de vida otorgado para esta investigación se explicaron los factores propuestos por Schalock y Verdugo (2007).

5.1 Dimensiones de la calidad de vida

A continuación se dará una explicación detallada de las dimensiones de la calidad de vida que propone Schalock y Verdugo y que como se expuso será base en esta investigación.

5.1.1 Bienestar Físico

Durante el envejecimiento se presenta un deterioro biológico, resultado de la interacción de diversos factores como: los genéticos, los ambientales, los hábitos alimenticios, la actividad física y presencia de algunas enfermedades (Melguizo, Acosta y Castellano, 2012).

Es importante reconocer el envejecimiento del individuo desde lo subjetivo, en tanto existen diversas maneras de envejecer. Por un lado, Ramos (2012) refiere que se encuentran ancianos que llevan un envejecimiento sin enfermedad, conservando su funcionalidad hasta casi el fin de sus vidas, denominado “envejecimiento exitoso”. Por otro lado, está el envejecimiento patológico, donde se evidencia que la mayoría de los ancianos padecen enfermedades crónicas, dando a conocer una relación entre envejecimiento y enfermedad, que en ocasiones termina en una discapacidad, aunque esta condición en el adulto mayor se percibe en el medio social como normal o usual, existe un grupo de adultos mayores que envejecen con discapacidades generadas no como consecuencia del ciclo vital, sino de la gravedad en la cual se van desarrollando las enfermedades crónicas, que son resultado de los hábitos de vida poco saludables, las cuales están presente hasta el final de la vida.

Las enfermedades crónicas más frecuentes en edades avanzadas son la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares obstructiva crónica, osteoartritis, artritis, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. De acuerdo con Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina, (2010) es relevante reconocer el impacto del envejecimiento en el estado funcional de los adultos mayores, ya que se presentan déficits en los organismos del cuerpo, la estructura ósea se deteriora más rápido, la masa muscular disminuye, se reduce el funcionamiento de la sensopercepción, la memoria, la actividad intelectual, la atención, el razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores; estas situaciones, sumadas a las enfermedades, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio.

Como consecuencia de lo anterior se evidencia la polifarmacia, definida por Cano, Samper, Cabrera y Rosselli (2016) como el uso excesivo de medicamentos, por tal razón es fundamental implementar estrategias educativas sobre la forma adecuada de uso y consumo de medicamentos, ya que, debido a la edad, los adultos mayores utilizan hasta cinco tipos de medicamentos para controlar sus condiciones médicas. Se reconoce la polifarmacia perjudicial para la salud, ya que se empieza a generar una dependencia, de la misma forma decae la adherencia al tratamiento y la calidad de vida decrece de manera significativa a medida que el número de medicamentos se incrementa y su consumo es descontrolado.

El estilo de vida que lleva un individuo, tiene influencia en la calidad de vida en la etapa de la vejez, debido a que los hábitos se encuentran relacionados con la salud, Ham y Gutiérrez (2005) mencionan que, por ejemplo, el consumo de tabaco y de alcohol ocupa una posición significativa como factor de riesgo para la salud y la mortalidad, vigente aún en edades avanzadas, aunque es importante señalar que el género masculino tiene mayor prevalencia hacia el consumo, por tanto, el informe de consumo se reduce significativamente

después de los 75 años de edad. Otras causas importantes de enfermedades son el no llevar una dieta balanceada y no realizar actividad física.

Como se ha dado a conocer el adulto mayor puede tener una vida independiente y normal, aunque existen cambios biológicos, los cuales se van manifestando significativamente a través del tiempo, trayendo alteraciones en el sueño, alimentación, actividad física, apetito sexual, como lo plantea Leiton, Fajardo y Luna (2017). Asimismo, los factores ambientales y socioculturales decaen ya que se evidencia una falta de atención por parte de la familia y sociedad hacia el adulto mayor, teniendo como percepción la noción de un ser vulnerable, en tanto van perdiendo su funcionalidad causa de lo mencionado anteriormente. De acuerdo con Santos, Andrade y Amodeo Bueno (2009)

Es fundamental fortalecer la autonomía como medida preventiva, al mantener dominios físicos y cognitivos como condiciones saludables, mejorando la calidad de vida del adulto mayor. De la misma manera, el envejecimiento saludable se puede caracterizar como un proceso continuo de aprendizaje y desarrollo personal, que busca conseguir la autonomía e independencia.

Luego de la exposición de los factores biológicos que pueden afectar al adulto mayor en su calidad de vida, se debe reconocer la importancia de la estimación subjetiva del impacto de la enfermedad y su tratamiento, debido a que según Herrera y Guzmán (2012), distintos sujetos, aunque se encuentren con el mismo estado de salud objetiva, pueden apreciar de manera diferente su calidad de vida, debido a las diferencias personales, talentos y capacidades. Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud debe medirse desde la perspectiva individual más que desde el punto de vista de los observadores externos a él.

5.1.2 Bienestar Emocional

Es importante el reconocimiento de las emociones en los adultos mayores, en tanto todo ser humano puede experimentarlas y regularlas, en el envejecimiento existen cambios

evolutivos del funcionamiento emocional que son múltiples y varían en función de las circunstancias y características de cada persona y su contexto, por tal razón, se deben tener en cuenta a la hora de entender y potenciar el bienestar y la calidad de vida de las personas que se encuentran en el proceso que constituye el envejecimiento. Márquez-González (2008) da a conocer que las emociones se reconocen como la base fundamental de la interacción entre las personas, los adultos mayores que experimentan con mayor frecuencia emociones positivas tienen mejores relaciones sociales, las cuales favorecen de manera integral a la persona, de la misma manera las emociones pueden permitir predecir el envejecimiento saludable, dependiendo de la subjetividad de la persona.

En el estudio realizado por Navarro, Martínez y Buz (2013), los adultos mayores de 75 años en adelante experimentan emociones positivas, las más frecuentes que presentan son estar atentos, activos y sentirse fuertes, y las menos frecuentes son estar entusiasmado e inspirado, de la misma manera los sentimientos negativos que suelen tener, están relacionados con sentirse inquietos, expectantes y nerviosos, mientras que las emociones que menos tienen negativamente son sentirse culpable, hostil y avergonzado. Teniendo en cuenta esta descripción de las emociones, se deduce que a mayor edad disminuye la frecuencia de emociones positivas, asimismo las mujeres muy mayores muestran más emociones negativas que los hombres mayores. Las emociones se dan de manera relevante como promotoras de la satisfacción vital en la vejez, asimismo es fundamental reconocer los factores sociodemográficos, debido a que resultan relevantes ante la resiliencia psicológica, ya que se asocian y funcionan como moderadores de los efectos negativos del envejecimiento.

Goleman (1995), pone en evidencia la importancia de estudiar la inteligencia y las emociones de forma conjunta dando mayor valor del común a las emociones dentro de un proceso de envejecimiento activo, incluso manifiesta que las personas con mayor nivel de inteligencia emocional son también más sanas, felices y productivas. Aunque el término de

inteligencia emocional es relativamente joven, propone el manejo y reconocimiento de las emociones propias y de los demás, proceso que puede mantenerse o aumentarse con la edad, según el curso del envejecimiento personal y demandas propias; la inteligencia emocional implica la interacción entre el individuo y su entorno social más amplio. Así, hacer frente a las situaciones adversas, requiere del desarrollo de la capacidad de recuperación emocional (Schneider, Lyons & Khazon, 2013). La emoción no puede ser concebida únicamente como un fenómeno intrapersonal (Rimé, Mesquita, Boca & Philippot, 1991)

Es fundamental reconocer como la percepción emocional del adulto mayor influye directamente sobre su percepción de salud. Pérez, et al. (2016) realizaron un estudio conformado por 28 alumnos de la Universidad de Mayores de Almería, con un promedio de edad de 68 años, a los que le aplicaron el Instrumento del Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores (PECI-PM), el cual combina técnicas de estimulación cognitiva y recursos para el entrenamiento de las habilidades propias para el desarrollo de la inteligencia emocional, cuyo objetivo es mantener y optimizar tareas que requieran la puesta en marcha de las funciones ejecutivas y potenciar estrategias efectivas para el manejo de las emociones. El procedimiento constó de la firma de un consentimiento informado y posteriormente se realizaron 20 sesiones de 45 minutos, dos veces por semana en la implementación del Programa para todos los participantes. En la primera fase la totalidad del grupo hizo parte del grupo experimental y en la posterior fase se implementó un grupo control, con la finalidad de estudiar el impacto pre/post del programa.

Tras el estudio detenido de la información, se obtuvo que las personas que tenían mejor manejo de sus emociones tienen a su vez mejor percepción sobre su salud, lo que cual repercute en la percepción sobre la energía con la que cuentan para activarse físicamente y socialmente.

5.1.3 Inclusión social

Por su parte Bar-On (1997) utiliza la expresión “inteligencia emocional y social” para hacer referencia a las capacidades del individuo que favorecen la adaptación e interacción con el medio, esta inteligencia será la que facilite el éxito social y bienestar psicológico a partir de su correcto funcionamiento interpersonal, a lo largo del ciclo vital, con efectos significativos sobre la salud física y mental.

En este punto se considera otro factor importante incluido en la definición base de este trabajo: la integración social, un componente fundamental en la configuración de los procesos emocionales del individuo según indican Azpiazu, Esnaola, y Sarasa, (2015).

Trabajos como el de Krawczyk, Lelek, Moroz, Kamenczak y Maj (2009), proponen que las mejoras en las capacidades sociales permiten el uso adecuado de la inteligencia emocional en el funcionamiento social, que será un factor clave para lograr un cambio favorable en la calidad de vida del adulto mayor.

Otros estudios como los de Schmidt y Andrykowski (2004), plantean la posibilidad de que un alto nivel de inteligencia emocional, podría reducir el impacto negativo de un ambiente social hostil; lo cual es muy favorable en un adulto mayor situado en una cultura en donde se asocia esta etapa vital a los términos de enfermedad o incapacidad, de manera que, un adecuado estado emocional, facilita un ajuste positivo del individuo ante experiencias desfavorables relacionadas con la enfermedad o final de la vida laboral, siendo esta el caso de la mayoría de las personas situadas en esta etapa vital.

La investigación de Cummings. E y W.E. Henry en el año 1961, manifiestan luego de realizar un seguimiento a los adultos mayores en sus ambientes naturales propios de esta etapa vital y con características propias, como estos van reduciendo las actividades y limitando sus contactos sociales, esto argumentado desde la denominada

teoría del desapego sostenida por Salvarezza (1988), quien pone en manifiesto que hay dos formas de enfocar la problemática de la vejez y ambas se contraponen: la teoría del desapego en donde el adulto mayor reduce su interés vital por sus actividades como en el caso anterior y la teoría del apego que consiste en aceptar las declinaciones propias de la edad pero sin renunciar a un interés activo.

La existencia de estas tendencias implican un desafío social, donde el adulto mayor se vuelva prioridad minimizando el aislamiento y tengan acceso a una vida saludable en todas las áreas posibles, por medio de programas por parte de la comunidad y el Estado, que apunten a mejorar la calidad de vida, mediante el acompañamiento de esta etapa a través de actividades que generen sensación de bienestar en el adulto mayor, grupos de interés, son un buen ejemplo de la inclusión alrededor de esta población, tales como grupos religiosos o de actividades físicas según necesidades y capacidades cuentan como estrategias factibles que aportan al empoderamiento social de las personas de la tercera edad que conforman gran parte del estudio poblacional, respondiendo a la necesidad de reorganización social.

5.1.4 Desarrollo personal

El envejecimiento no necesariamente implica enfermedad, dependencia y falta de productividad, aunque al transcurrir los años se van incorporando en las personas mayores, diversas modificaciones, debido al proceso natural del envejecimiento lo que conlleva cambios internos y externos, estos cambios son físicos, fisiológicos, psicológicos, psicomotores y socio afectivos (Alfonso & Moros, 2011). Algunos de estos cambios se han dado a conocer de manera explícita durante la descripción del trabajo, por tal razón a continuación se describirán algunas transformaciones fundamentales en el reconocimiento del envejecimiento.

Los cambios psicológicos y cognitivos en el adulto mayor se pueden dar mediante la presencia de diversos sentimientos como tristeza, melancolía y depresión lo cual se puede desencadenar a causa de la vejez, o, pueden estar relacionados con aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y aspectos que suceden en el ámbito social, por ejemplo la jubilación, la pérdida de seres querido, el temor a la enfermedad o quizás a la muerte, entre otros, de tal manera puede traer como consecuencia un aislamiento social en el adulto mayor. También González y de la Fuente (2014) refieren que se pueden evidenciar diversas modificaciones en los procesos cognitivos, como alteraciones en la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo de reacción, aumentan los problemas de razonamiento, entre otras funciones cognitivas debido a posibles patologías asociadas como demencia, alzhéimer entre otras.

En el ser humano, desde el nacimiento hasta la muerte se produce una retrogénesis psicomotora (Alonso & Moros, 2011). En el adulto mayor la desorganización psicomotor puede afectar la praxis fina, las habilidades perceptivo- motrices, el equilibrio y la tonicidad, lo que puede ocasionar dificultades para reconocer el propio cuerpo, problemas de equilibrio y de orientación, dificultades de coordinación, flexibilidad, fuerza, velocidad y resistencia.

Segovia y Torres (2011) definen la funcionalidad como la capacidad fisiológica y física para ejecutar actividades de la vida cotidiana de forma segura y autónoma, donde el adulto mayor pueda cumplir las acciones que desea realizar. La funcionalidad está relacionada con la enfermedad, la gravedad de esta impacta el estado físico, la cognición, el estado de ánimo, la motivación y las expectativas personales, aunque un adulto mayor sano es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

Es evidente que la funcionalidad del adulto mayor depende de diversos factores. Lazcano (2007) clasifica la funcionalidad en 4 dimensiones, siendo la primera la funcional o independiente, lo cual hace referencia a la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales; la segunda es reconocida como inicialmente dependiente, la cual refiere que requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para las compras; la tercera es conocida como, parcialmente dependiente, que implica la necesidad de ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana; y la última es la dependencia funcional, en la cual se requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y se necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

Es válido reconocer al adulto mayor como un ser multidimensional, con la inclusión de áreas como física, mental, social y funcional, pues esta última es una de las dimensiones más sensibles en la evaluación geriátrica, en tanto traduce la condición general del adulto mayor, asimismo da cuenta del grado de independencia o dependencia que tiene (Segovia & Torres, 2011).

5.1.5 Relaciones Interpersonales

Es fundamental reconocer las relaciones interpersonales que se dan en el adulto mayor. Fernandez (2005) plantea que existen cuatro tipos de apoyo social: el primero que plantea es el emocional el cual consiste en la interacción de afecto, empatía y confianza, con las personas del entorno, el segundo es el apoyo cognitivo, que se refiere al intercambio de información y conocimiento; además plantea el apoyo instrumental, que consiste en brindar asistencia física es decir a realizar tareas domésticas y por último el apoyo material que es facilitar recursos económicos o elementos físicos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas. Es indispensable tener en cuenta los cuatro tipos de apoyo, debido a que el deterioro progresivo en el adulto

mayor puede llegar a generar dependencia de una tercera persona, y se deben satisfacer sus necesidades físicas, cognitivas, materiales y emocionales.

Además, estos autores plantean que los adultos mayores son propensos a sufrir algunas situaciones de riesgo como lo son sufrir caídas, padecer dolor crónico, incontinencia urinaria, depresión y demencia que afectan especialmente a la esfera de las relaciones sociales.

Sin embargo, sobrepasando estas situaciones hostiles que se puedan presentar en esta etapa vital las relaciones que logran tener los adultos mayores ayudan a fortalecer el apoyo práctico y emocional, estas redes de apoyo usualmente son la familia, organizaciones sociales como, iglesias, centros y diferentes entidades formales destinadas a brindar apoyo y cuidado a los adultos mayores.

5.1.6 Bienestar material

En el tránsito demográfico, se reconoce el aumento de la tasa poblacional de los adultos mayores, los cuales requieren necesidades desde el punto de vista económico, biosalud y social. Por tal razón se considera que los ancianos son consumidores frecuentes de medicamentos y servicios de salud, lo cual genera gastos en la sociedad y en mayor medida a nivel personal. En el mismo orden de ideas, Hidalgo (2002) afirma que en la mayoría de los casos la jubilación se encuentra asociada a esta etapa vital, como fuente proveedora económicamente de las personas mayores, sin embargo, por tratarse del paso de una etapa activamente productiva a una en menor medida productiva puede generar afecciones en la salud física y mental de las personas, particularmente en aquellas que han hecho del trabajo una fuente de identidad, por ende requiere un debido proceso de adaptación.

Quienes han investigado el proceso de envejecimiento han observado cambios significativos en la adjudicación de papeles sociales, algunos de los cuales ocurren en la

manera de ejecutar el papel social por parte del actor. Otros cambios ocurren cuando el actor asume roles nuevos, como es el caso de la jubilación (Hidalgo, 2002). Es necesario entonces prestar alternativas para garantizar una buena calidad de vida a las personas jubiladas partiendo de su propia perspectiva y su concepción sobre el rol social que adquiere al momento de pasar a una etapa de finalidad de sus acciones laborales, pero no al final de su etapa productiva, ni al estancamiento de sus capacidades activas.

Autodeterminación

El término de vulnerabilidad se ha asociado al adulto mayor, debido a la presencia de los deterioros progresivos propios de esta etapa vital. Sin embargo, Gómez (2012) expone que cognitivamente, si una persona no presenta un deterioro grave, es coherente, y reconoce y actúa bajo sus principios y valores, no se debe hablar de vulnerabilidad como generalidad, ya que estas perspectivas afectan el autoconcepto y desarrollo funcional del adulto mayor.

La autodeterminación es definida por Wehmeyer (1996) como la posibilidad de hacer elecciones y tener una toma de decisión respecto a la calidad de vida propia, sin influencias externas. Partiendo de esa definición, resulta importante contemplar que el envejecimiento es un proceso individual, que se da de acuerdo a las características propias del adulto mayor y de su entorno social.

Botero y Pico (2007) por su parte manifiestan que un nivel adecuado de adaptabilidad a ese medio social, desde una perspectiva funcional, es lo que caracteriza al adulto mayor sano, considerando que la funcionalidad de la persona está ligada a la salud física y mental. Además propone, que el no dirigir su toma de decisiones y el no encargarse de las cosas relevantes de la manera en la que vive, producirá que la persona mayor sea relegada a un continuo intento por sobrevivir, lo que va a incidir sobre su bienestar integral y su participación en su medio.

Derechos

El Congreso de Colombia expide la ley 1850 del 19 julio de 2017, por medio de la cual se establecen medidas de protección para el adulto mayor y se penaliza el maltrato intrafamiliar.

En su Artículo 7° y su literal t dispone: Promover la creación de redes familiares, municipales y departamentales buscando el fortalecimiento y la participación activa de los adultos mayores en su entorno. Con el fin de permitir a los Adultos Mayores y sus familias fortalecer vínculos afectivos, comunitarios y sociales.

En su literal v expone: Desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida y mitigar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores que están aislados o marginados.

Y por otro lado en su Artículo 8° numeral 10 propone: Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Refiriéndose al nivel macrosocial manifiesta en su Artículo 12°: Deben realizarse programas de asistencia a personas de la tercera edad. En los municipios, distritos y departamentos, de acuerdo con su tradición y cultura, se podrá financiar la creación, construcción, dotación y operación de Granjas para Adultos Mayores, para brindar en condiciones dignas, albergue, alimentación, recreación y todo el cuidado que los usuarios requieran. Para este propósito se podrán destinar recursos del gasto social presupuestado para la atención de personas vulnerables.

1. Marco Metodológico

6.1 La presente investigación es de tipo cualitativo, de diseño narrativo, debido a que se pretende, analizar los factores asociados a la calidad de vida de los adultos

mayores institucionalizado en la Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar, desde la perspectiva de los adultos mayores y el personal asistencial.

6.2 Participantes

10 adultos mayores y 4 profesionales de la salud, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión.

6.2.1 Criterios de inclusión para la población de adultos mayores

Adultos mayores de 60 años, residentes en el hogar geriátrico sin diagnóstico de enfermedad neurodegenerativa ni otras patologías que alteren el estado de conciencia o la expresión verbal, que tengan como mínimo un año de estar viviendo en el hogar y que acepten participar y firmen el consentimiento informado

6.2.2 Criterios de exclusión para la población de adultos mayores

Adultos mayores de 60 años que acepten participar en el estudio pero que tengan diagnóstico de demencia o alteraciones que impidan la expresión verbal, y cuyo tiempo de estancia en el hogar sea menor a un año.

6.2.3 Criterios de inclusión para la población de personal de la salud

Profesionales titulados del área de la salud, cuyo tiempo de trabajo en el hogar sea superior a un año y que permanezca en contacto frecuente con los adultos mayores, que acepten participar y firmen el consentimiento informado

6.2.4 Criterios de exclusión para la población de personal de la salud

Profesionales de la salud que estén vinculados al hogar a través del ejercicio de las prácticas profesionales, que el tiempo de vinculación laboral en el hogar sea menor a un año y que no tengan contacto frecuente con los adultos mayores.

6.3 Instrumentos

Para el desarrollo de este trabajo se diseñaron tres instrumentos, dos entrevistas semiestructuradas, una dirigida a los adultos mayores y la otra al personal de la salud

asistencial. Por otra parte, también se diseñó un registro de observación pasiva que permitiera dar cuenta de la dinámica de relación y las actividades que se llevan a cabo en el hogar en un día regular.

Entrevista semiestructurada. Se construyó una entrevista semiestructurada con un apartado que recoge información de carácter sociodemográfico con el fin de caracterizar la población objeto de análisis y un guion que recoge información correspondiente a tres categorías de análisis. Este diseño de entrevista permite que el entrevistado pueda expresar su respuesta en forma de conversación natural (Vargas, 2012). Una vez definidas las categorías de análisis, que se presentan a continuación, y construido el guion, el instrumento fue sometido al proceso de validación por expertos; para el caso se escogió a dos profesionales con experiencia en investigación en el campo de la gerontología y de corte cualitativo.

Categorías de análisis

Bienestar: El bienestar puede ser definido como un estado dinámico que alimenta del logro de metas personales y sociales, que puede ser medido de manera objetiva al considerar aspectos como los ingresos económicos, el nivel educativo y el estado de salud; de la misma forma como puede ser medido a través de indicadores subjetivos que dan cuenta de la percepción de satisfacción y la sensación de felicidad (Torres-López, Munguía-Cortés & Aranda-Beltrán, 2014). Dado que el bienestar relaciona aspectos objetivos y subjetivos, algunos autores consideran importante no restringir el bienestar al nivel individual, pues éste al ser dinámico depende de factores tales como la familia, la comunidad y la sociedad en la cual se desenvuelve el sujeto (La Placa, McNaught & Knight, 2013). Entonces, la relación entre los actores y las circunstancias que los rodean pueden afectar la percepción de satisfacción y felicidad que tiene cada persona. Esta categoría pretende dar cuenta tanto de los niveles

individual, familiar, comunitario y social; así como de los diferentes aspectos que intervienen en la percepción y sensación de bienestar.

Integración social: Se trata de un proceso dinámico altamente relacionado con las redes de apoyo que se establecen con los otros que resultan significativos, puesto que pueden fungir como factores de protección. No obstante, el concepto de la integración social también está relacionado con los espacios de socialización, de involucramiento en grupos sociales que posibilitan el desarrollo de las potencialidades mediante la participación en actividades culturales, sociales, deportivas y religiosas. Las redes de apoyo están compuestas por familiares cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja y otros con los que se comparte. En el caso de los adultos mayores Duran, Valderrama, Uribe-Rodríguez y Uribe (2007), tras desarrollar una investigación con esta población, concluyen que las redes de apoyo resultan de vital importancia en la adultez, pues brindan el sustento emocional que mejora la autoestima, la percepción de eficacia personal y en general la identidad.

La promoción de las redes de apoyo es asunto prioritario para el Estado colombiano, así lo confirma la Ley 1850 del 19 julio de 2017, que en sus artículos 7 y 12 demandan la promoción de redes para fortalecer la participación de los adultos mayores en su entorno y financiación de iniciativas como las Granjas para Adultos Mayores, como espacios para el cuidado de la vida digna de los adultos mayores.

Desarrollo personal: El crecimiento personal hace referencia a lo que motiva constantemente al sujeto en su deseo de superación en las diferentes áreas de su vida, tales como: personal y profesional; permitiendo que el individuo avance hacia un objetivo particular. Para el logro con investigaciones realizadas, segmentos de unidades referentes en las entrevistas triangulación de datos y fuentes, las categorías compararlas con otras investigaciones de las metas propuestas la persona debe plantearse acciones

factibles y se recomienda mantener una actitud favorable ante las situaciones que pudieran limitar el alcance de las mismas para no afectar la percepción de autoeficacia y con ella lesionar su autoestima. Arias, Portilla y Villa (2008) afirman que el desarrollo personal está influenciado por aspectos como: la paciencia, la perseverancia y el compromiso individual de superar las limitaciones mentales que se hayan construido a lo largo de la vida. Bajo este contexto, la categoría pretende dar cuenta del desarrollo del proyecto de vida del adulto mayor, de la valoración de las metas alcanzadas, los planes vigentes, su actitud ante las situaciones adversas y su percepción sobre la muerte.

Registros de observación pasiva: Se hace observación pasiva al estar presente en el lugar de estudio, sin tener interacción alguna con la población en estudio (Sampieri, 2014). Para este estudio se hacen tres observaciones en diferentes días y horas con el fin de observar las interacciones entre los adultos mayores y con el personal que se encuentra a su servicio en la institución, durante las actividades que se llevan a cabo en el transcurso de un día regular en el hogar.

6.4 Procedimiento

En primera instancia se seleccionaron dos hogares en donde, tras presentar la propuesta, se recibió la aceptación. Solo el Centro Gerontológico Mi Segundo Hogar aceptó las condiciones del desarrollo de este trabajo. Se realizó un primer encuentro con la parte administrativa para organizar los días en los cuales se iban a realizar la observación y los días de entrevista, al realizar el encuadre con el hogar, se realiza la aplicación de los instrumentos realizados.

Se realizaron tres observaciones pasivas en diferentes días y horarios, posterior se realizaron 10 entrevistas con adultos mayores, y 4 con el personal de la salud, los cuales cumplen con los criterios de inclusión de la investigación, todas las entrevistas fueron grabadas con autorización de la población en estudio, debido a que se firmó un

consentimiento informado, posteriormente se sube la información recolectada al programa Nvivo, de tal manera codificar y organizarla para así realizar el análisis por categorías establecidas, y, por último y, por último se realiza una triangulación donde se correlaciona todo la información

7. Resultados

El grupo de adultos mayores adscritos a la Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar y participantes del estudio, estuvo compuesto principalmente por mujeres con el 60% y la edad promedio fue de 82 años. El estado civil predominante es soltero(a) con el 50% de la población, seguido por los casados con el 40% y un 10% son viudos. En promedio los participantes llevan en el hogar un año y nueve meses y su nivel de escolaridad predominantemente es la primaria básica con el 60%.

Por otra parte, el grupo del personal de la salud asistencial estuvo compuesto por profesionales como: enfermeras, jefe de enfermería y psicóloga, con un promedio de edad de 32 años, la población en su totalidad es compuesta por mujeres, el 50% casadas y el restante solteras, con un promedio de permanencia en el hogar de ocho años y dos meses en contacto frecuente con los adultos mayores.

A continuación se presentan los resultados obtenidos por cada grupo en cada una de las categorías de análisis propuestas. Para tal fin se tiene en cuenta la información recolectada en las entrevistas y los registros de observación. Se presentarán los resultados por categoría correspondientes al grupo de adultos mayores, para continuar de la misma forma con el grupo del personal de la salud asistencial; posteriormente se presentarán las convergencias y las divergencias entre los grupos.

7.1 Resultados por categorías de análisis desde la perspectiva de los adultos mayores

7.1.1 Bienestar

En la categoría de Bienestar, en relación con lo físico, se encontró que en los adultos mayores entrevistados las patologías más frecuentes son: la diabetes, la hipertensión y los accidentes cerebro vasculares, con base en esto el mas de la mitad de los adultos mayores entrevistados perciben que su estado de salud es limitante en relación a su sensación de insatisfacción con lo que pueden hacer física y socialmente y al sentirse inferior con lo que puede hacer, el resto de los adultos mayores entrevistados refieren realizar algún tipo de ejercicio físico, de manera esporádica y desarrollan la práctica solos, por convicción en la mayoría de casos, en una de las entrevistas realizadas un adulto mayor indica “a mí me gusta hacer ejercicios solo, yo me subo a la terraza y empiezo hacer mis terapias” . En relación a la alimentación son muy pocos los adultos mayores que llevan una dieta especial debido a diagnósticos que lo exigen, la mayoría refieren gusto por la comida del hogar y se observa dicho agrado en que los adultos digieren la totalidad de sus alimentos y manifiestan que son alimentados a las horas que lo necesitan, además de la similitud a la dieta previa al ingreso. En cuanto al descanso los adultos mayores relatan dormir un promedio de nueve horas y tener una sensación de descanso placentero, calificando el inmueble como cómodo y amplio, refiriendo la terraza y la sala como otros lugares de posible descanso.

Para la descripción de la subcategoría de bienestar emocional se indago acerca de las percepciones referente a la relaciones de los adultos mayores, con pares, con el personal de la salud, con el personal con el cual no se tiene contacto directo y con la familia, y se encontró que más de la mitad de los adultos mayores entrevistados tienen una buena relación con sus pares y el resto categoriza la relación como regular, debido al deseo de individualidad y privacidad, se encontró que coinciden con su discurso en tanto manifestaron: *“pues me la llevo bien con algunos no con todos (...) a veces prefiero estar solo” Luis, 88 años, dos años en el hogar.*

Por otro lado se evidencia que en general todos los adultos mayores describen la relación como estrecha y buena, con el personal encargado de la salud, aunque con el personal indirecto dan a conocer un relación distantes, ya que tiene poca comunicación, así mismo, en la mayoría de los casos los adultos manifiestan sentirse a gusto con las condiciones de cuidado y asistencia del hogar.

No obstante, parte de la población manifestó disgusto con el encierro, ligado a la ausencia del apoyo familiar para salir de la institución, ya que solo 3 de los 10 adultos mayores entrevistado, gozan de un acompañamiento frecuente de la familia, con vínculos estables, el restante tiene acompañamiento ocasional o ausente, con vínculos distantes, lo que fue corroborado en la observación con la poca presencia de visitas a los adultos mayores.

En lo que concierne al bienestar material se evidencio que más de la mitad de los adultos mayores entrevistados mayores son pensionados, identificando mayor prevalencia en los hombres, aunque la población total jubilada la mayoría no tiene autonomía sobre el manejo del dinero, generalmente los ingresos son administrados por familiares (hijos, sobrinos, cónyuges), y el resto de los adultos mayores refieren que dependen económicamente de su familias, y en general toda la población no tiene inconveniente por no manejar personalmente dinero, en tanto todas sus necesidades básicas sean cubiertas.

7.1.2 Integración social

Esta categoría da cuenta de la presencia de redes de apoyo y espacios de socialización de los adultos mayores en grupos que les permitan desarrollar y potencializar aspectos como la identidad y la autonomía. En relación a lo anterior los adultos mayores manifestaron sentirse en la libertad de decidir sobre su tiempo, las actividades a realizar según su funcionalidad, profesar su credo religioso y la

participación en las actividades. *“Yo aquí puedo salir y hacer mis cosas y volver cuando termine” Delfín, 87 años, un año y medio en el hogar.*

Además del tipo de relaciones familiares de los adultos mayores expuestas anteriormente; el menos de la mitad de los adultos mayores entrevistados, refieren tener vínculos estrechos con algunos compañeros, y se evidencia en la observación su afinidad al compartir espacios de ocio o alimentación, uniéndose en grupos por su funcionalidad y/o compañeros de cuarto, el restante de la población aunque sostiene buenas relaciones con la mayoría, no genera vínculos estrechos. Se observó, una actitud de altruismo de parte de los adultos mayores que son más funcionales, con aquellos que tienen limitaciones significativas en su funcionalidad en actividades tales como: ayudarlos a movilizarse, ayudarlos a comer o a facilitar herramientas para el desarrollo de sus tareas (cubiertos, abrigos, etc). *“... me gusta ayudar a los demás viejitos, en lo que ellos no pueden hacer y yo sí” Gloria, 77 años, un año en el hogar.*

La mayoría de los adultos mayores manifiestan no tener actividades de integración aparte de la misa, espacio que del que pueden participar libremente, igual que el profesar su credo religioso, aunque no cuentan con ningún lugar específico para ello, el restante de los entrevistados reconocen que en ocasiones realizan actividades como pintar o lúdicas donde se ejercita el reconocimiento corporal y la lateralidad, para integrarse, aunque refieren que son muy esporádicas. Adicionalmente, los adultos en su mayoría indican que no se encuentran informados sobre los derechos que el estado tiene para ellos, ni si velan por el cumplimiento de los mismos.

7.1.3 Desarrollo personal

Esta categoría de análisis hace referencia a las motivaciones actuales del sujeto y de su valoración sobre el proyecto de vida que ha desarrollado hasta el momento, a

partir, de su percepción de superación en áreas principales de la vida como: la personal y la profesional.

Se encontró que gran parte de los adultos mayores afirman que consideran haber cumplido los objetivos que se habían propuesto en la vida, en áreas como la familiar y personal en términos de trabajo y haber conformado una familia o decidir la soltería como un estilo de vida; otros aunque manifiestan no sentirse satisfechos al realizar dicha evaluación, tampoco, tienen claro qué cosas no realizaron.

Sumado a lo anterior, se identificó que gran parte de los adultos mayores no tienen planes vigentes debido a que lo manifestaron en medio de las entrevistas, de la misma manera algunos entrevistados indican que sus motivadores son su familia, aunque poco más de la mitad posee ausencia de motivaciones, manifestando estar esperando la hora de su muerte. De la cual los adultos en su gran mayoría resultaron tener una actitud reticente, al pedir que no se hablara del tema y en una pequeña parte de la población se obtuvo un concepto de naturalidad sobre la misma, en la que los adultos manifestaron querer morir de manera específica. Se encontró que referente a la autonomía, muy pocos adultos mayores tuvieron una preparación previa respecto a la institucionalización y están en ese lugar por determinación propia, el restante fue institucionalizado por algún familiar sin consentimiento previo.

7.2 Resultados por categorías de análisis desde la perspectiva del personal de la salud asistencial

7.2.1 Bienestar

En esta categoría se da cuenta de la percepción del personal de la salud asistencial, del bienestar de los adultos mayores, relacionado con su estado físico, vínculos emocionales y bienestar material.

Se encontró, que según el personal de la salud las patologías que más se presentan en los adultos mayores institucionalizados son: Alzheimer, accidente cerebro vascular, demencia senil, hipertensión, diabetes, depresión, y enfermedad obstructiva pulmonar crónica, lo cual desde su perspectiva resulta ser limitante para algunos adultos mayores, ya que otros pueden llevar la enfermedad por medio de terapias y fármacos, de la misma manera refieren que recomiendan la práctica deportiva, por tal razón pretenden brindar actividades de estiramiento y movilidad diarias, máximo de 45 minutos, aunque un bajo porcentaje de los adultos mayores realizan ejercicio por voluntad propia y generalmente solos.

En relación con la alimentación, el personal de la salud percibe que a los adultos mayores les agrada la comida que ofrece el hogar, debido a que se les da a horas establecidas, y digieren toda la cantidad que se les brinda, asimismo indican que guardan cuidados con las dietas especiales que algunos adultos requieren, aunque para el cuidado de la salud de todos los adultos se procura llevar una dieta balanceada.

Los encargados de la salud refieren que los adultos mayores duermen aproximadamente 12 horas lo que resulta suficiente para el descanso de ellos, aunque una minoría toma medicamento para conciliar el sueño. Refieren que los lugares donde descanso habilitados para los adultos son las habitaciones y la sala.

Respecto a la subcategoría de bienestar emocional, el personal de la salud indica que la mayoría de los adultos se tienen una relación frecuente y buena con sus pares, aunque manifiestan que existen algunos grupos que tienen más afinidad y por ende comparten más espacios y actividades, generalmente relacionado con la funcionalidad, aunque resaltan que algunos adultos mayores de los que están orientados en sus tres esferas, en ocasiones no toleran el comportamiento patológico de los demás, por tal razón existen diversas discordias entre ellos. *“Algunos ya no se aguantan que los pisen,*

que los otros no hagan bien las cosas, o que hagan desorden en la casa "Sandra, Psicóloga del hogar desde hace 8 años

Por otro lado la relación que tienen los adultos mayores con el personal de la salud, se percibe como buena, ya que existe confianza entre ellos y se les brinda la atención necesaria, con el personal con el que los adultos no tiene contacto directo (personal de aseo, personal de la cocina) refieren que la relación es distante y limitada a lo necesario de las dos partes, referente a la relación que tienen con la familia, se percibe que en la mayoría de los adultos no mayores carecen de afecto, desde la percepción del personal de la salud, debido a las visitas no frecuentes, lo que ellos refieren que desencadenan en el adulto mayor sentimientos de tristeza prolongados.

En relación al nivel funcionalidad el personal salud refiere que los adultos mayores se sienten insatisfechos al no poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, depender de otras personas para la satisfacción de sus necesidades básicas y debido a su deseo de desarrollarse de la manera en que lo hacían anteriormente al gozar de capacidades diferentes, aunque en general las enfermeras promueven que desarrollen actividades que aún pueden realizar y sean de su agrado (doblar ropa, tender ropa o arreglar verdura) para que no pierdan habilidades, sino fortalecer aquellas que están presentes y estimular otras. El personal salud indica que a los adultos mayores les agradan actividades como: el baile, tomar el sol o caminar, aunque estas actividades se realizan en un tiempo determinado, debido a que la capacidad física de los adultos mayores es distinta para cada uno y no cuentan con el apoyo de personal suficiente, el personal asistencial hace énfasis en que lo que más les genera gusto es cuando van a visitarlos, lo que se corrobora en la observación en su lenguaje no verbal de felicidad en el momento de las visitas, de la misma manera cuando dejan de ir por mucho tiempo sus familiares se denota la afectación negativa y su manifestación verbal y emocional.

De igual importancia, el bienestar material desde la percepción del personal salud es que la mayoría de los adultos mayores no tiene relación directa con el dinero, a excepción del 20% de los pensionados, generalmente los administradores del dinero son familiares cercanos a los adultos, el 30% de los adultos dependen económicamente de otras personas.

7.2.2 Integración social

El personal salud indica que el adulto mayor tiene libertad para profesar su credo religioso, les brindan la posibilidad de asistir a su grupo religioso de preferencia al llevar un pastor cristiano a realizar su culto los sábados y los domingos va el padre de la iglesia más cercana del sector, aunque cuando se puede y está el personal necesario, los adultos mayores son trasladados a la misa católica, lo que les genera bastante agrado.

El personal asistencial manifiesta que se realizan actividades de integración con referencia en fechas especiales, y algunas esporádicas en la institución con el fin de activar física y mentalmente a los adultos mediante actividades como la pintura o baile, no se realizan actividades de integración con las familias debido a su marcada ausencia en la mayoría de los casos y la dificultad de consensuar los encuentros debido a las obligaciones de ambas partes.

Ante los derechos que brinda el estado colombiano a los adultos mayores, el personal salud, considera que son deficientes, debido a que pocos de ellos reciben algún tipo de ayuda gubernamental, de la misma manera exponen su opinión referente a las políticas públicas, indicando que algunas entidades del estado se interesan más por la infraestructura que por reconocer la humanidad del adulto mayor.

7.2.3 Desarrollo personal

El personal salud relaciona la autonomía con la toma de decisiones, manifestando que en general los adultos mayores, no toman decisiones de manera

autónoma en la mayoría de los casos, debido a que dentro de la institución se lleva una rutina y se deben ajustar a ella, por ejemplo, en la vestimenta, la mayoría de adultos mayores no son libres de escoger la ropa que desean sino la que les elige por parte de las enfermeras lo que deben llevar puesto, aunque si son libres de usar los accesorios que deseen y con los cuales se sientan cómodos.

Por otro lado, el personal salud percibe que muchos de los adultos mayores no están satisfechos con lo que hicieron en la vida, ya que sienten que no alcanzaron metas propuestas, por tal razón en ocasiones se sienten frustrados y se lo manifiestan verbalmente al personal. Indica el personal que además, no se les ve satisfechos con el nivel académico que alcanzaron a obtener, debido a que aproximadamente un 30% son analfabetas y solo un 9% lograron obtener una educación superior, el restante cursaron primaria o en muchos inconclusa; por tal razón en ocasiones muestran según refiere el personal sentirse frustrados al no tener conocimiento sobre algunos temas, o, perciben que quizás hubiesen alcanzado más logros en la vida si tuvieran otro nivel de escolaridad.

El personal asistencial refiere que los adultos mayores no tienen planes vigentes simplemente viven el aquí y ahora, desde la cotidianidad y reconocen que la única motivación de ellos son la familia. La perspectiva de muerte de los adultos mayores desde la percepción del personal de la salud es de resignación y de actitud evasiva frente al tema, ya que refirieron en las entrevistas, el no agradarles hablar sobre ese tema.

1.4 Convergencias y Divergencias

Con el fin de dar respuesta al tercer objetivo específico de la investigación, en este apartado se pretenden comparar la percepción que tienen los adultos mayores y el personal de la salud en relación a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado con referencia a las entrevistas realizadas.

1.4.1 Bienestar

En relación al bienestar físico se evidencia que, en general la población participante refiere que la enfermedad resulta ser limitante para la funcionalidad del adulto mayor, en relación a su insatisfacción con aquello que se encuentra en capacidad de hacer. El personal salud reconoce las patologías psiquiátricas, lo que no hacen los adultos mayores en el relato de sus patologías.

La población estudiada coincide en que los adultos mayores se encuentran satisfechos con la alimentación que se les brinda en el hogar y que se guardan precauciones de dieta especial en casos específicos.

Respecto al descanso el personal los participantes difieren en el promedio de horas que descansan los adultos mayores, aunque coinciden en que manifiestan tener una sensación de descanso placentero y gozar de pocos espacios de descanso, que cuentan con un inmueble que las dos partes califican como adecuado y confortable.

Los participantes de la investigación convergen en la percepción de que los adultos mayores tienen buena relación entre ellos, y que la relación con el personal de la salud es estrecha y agradable y respecto a la relación con el personal que no tienen contacto directo, las dos partes la califican como distante, además, las dos poblaciones indican que la relación de los adultos mayores suele ser distante con su familia y que actividades dinámicas y fuera de las instalaciones son de mayor agrado para los adultos mayores.

A partir de la valoración del nivel de satisfacción de los adultos mayores con el nivel académico obtenido, la mayoría de la población coincide en que los adultos mayores están insatisfechos con el nivel académico que obtuvieron al considerarlo insuficiente o nulo, a causa de sus limitaciones de posibilidades económicas y sociales.

En general se percibe que los adultos mayores no tienen relación directa con el dinero, y que los pensionados se hacen cargo del pago de sus necesidades, aunque este dinero es manejado por sus familiares, de la misma manera coinciden en que algunos adultos mayores dependen económicamente de terceras personas y esto no les afecta en mayor medida.

En cuanto a la autonomía se identifica que tanto los adultos mayores y el personal salud, coinciden en la libertad que tienen para profesar el credo religioso, pero divergen en el sentido que los adultos mayores consideran libres la mayoría de sus decisiones al interior de la institución, pero el personal salud reconoce que ellos son sujetos a una rutina que es establecida por la Fundación en su manera de vestir, sus horarios, su alimentación, entre otras cosas.

1.4.2 Integración Social

Referente a esta categoría se evidencia que los adultos mayores manifiestan no recibir las suficientes actividades de integración y/o recreación, contrario del personal salud, ya que en su mayoría indica que si realizan frecuentemente actividades variadas.

Adicionalmente, resulta unilateral la percepción sobre el papel del estado en relación con los derechos de los adultos mayores, debido a que los adultos mayores no se encuentran informados sobre el tema y el personal salud indica que carecen de apoyo por parte del estado.

1.4.3 Desarrollo Personal

En relación a la valoración del proyecto de vida de los adultos mayores se denota que mientras los adultos mayores si se sienten satisfechos por los objetivos realizados a lo largo de su vida, el personal salud manifiesta que la mayoría de los adultos mayores se encuentran insatisfechos con las metas cumplidas a lo largo de su vida, aunque convergen en que la presente motivación para la mayoría es su familia, en

la ausencia de planes vigentes en los adultos y en que la percepción de la muerte no es clara en la mayoría.

8. Discusión

Las ocho dimensiones asociadas en primera instancia a la calidad de vida son: bienestar físico, emocional, material, inclusión social, relaciones interpersonales, derechos y autodeterminación, planteados Schalock y Verdugo (2007), brindando un concepto integral de calidad de vida, que permitiera capturar la mayor cantidad de información relevante en la percepción de los participantes, y se reconoció que desde la percepción de los adultos mayores institucionalizados, de la Fundación Gerontológica mi Segundo Hogar y el personal salud, prevalece el factor emocional en relación con el bienestar físico y las relaciones interpersonales.

Como parte de la categoría de bienestar y derivado del análisis de las entrevistas se encontró que el estado de salud de los adultos mayores, es valorado de manera diferente a nivel subjetivo, aunque sus padecimientos físicos son los mismos; coincidiendo con Herrera y Guzmán (2012), en que la evaluación de bienestar físico debe basarse en la perspectiva de quien sufre la dolencia en el aquí y el ahora, afectando de manera positiva o negativa el desarrollo del rol del individuo en su entorno.

La condición de salud percibida por los adultos mayores institucionalizados desde los resultados de la investigación de Cardona, Estrada, Chavarriaga, Ordoñez, Osorio y Segura (2008) rescatan que el 80% de los adultos mayores se encuentran satisfechos con su estado de salud, en excepción de los adultos mayores longevos, lo que no se denota en esta investigación, debido a que tanto el personal salud como los adultos mayores, perciben que el estado de salud es limitante para la funcionalidad lo que puede generar cierta inconformidad por no poder ejecutar actividades individuales como en su entorno social.

De acuerdo con lo mencionado, se identifica que el estado de salud, tiene gran influencia en el estado anímico del adulto mayor, debido a la insatisfacción por la enfermedad generando sentimientos de inferioridad ante sus limitaciones, de la misma manera investigaciones como las de: Arroyo y Soto (2013), y Herrera, Acosta y Castellano (2012) indican que la aparición de la enfermedad y el deterioro de las funciones básicas de la vida cotidiana, generan en el adulto mayor emociones negativas como es el miedo y la ansiedad, afectando el bienestar emocional, lo que influye en el desarrollo personal.

Se corrobora que los adultos mayores carecen de la práctica de hábitos de vida saludable, en relación a los altos índices de sedentarismo, el cuidado de la alimentación que es supervisada sólo por parte del hogar y la ausencia de prácticas de ejercicio físico lo cual niega la posibilidad que plantea Árraga y Sánchez (2007) en su estudio el cual indica que las actividades deportivas fortalece el desarrollo del adulto mayor generando una mejor calidad de vida, en tanto generan satisfacción física y emocional.

Con relación al factor material, la mayoría de los adultos mayores son pensionados y en coincidencia con los datos expuestos por Villegas-Vázquez & Montoya-arce (2014) en su trabajo *Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México*, el 60% de la población jubilada son hombres, lo que las investigadoras atribuyen a la asignación de roles sociales de la época, a lo que la mayoría de la población entrevistada pertenece. De la población total jubilada la mayoría no tiene autonomía sobre el manejo del dinero, generalmente los ingresos son administrados por familiares (hijos, sobrinos, cónyuges), y en sus relatos, el 60% de los casos manifiestan no tener inconveniente con lo anterior, en tanto sus necesidades básicas sean resueltas, aunque este acontecimiento no tiene una influencia significativa en la percepción de calidad de vida en el adulto mayor.

En cuanto a las relaciones interpersonales, esta investigación muestra que los vínculos más significativos para los adultos mayores están relacionados a su círculo primario, es decir la familia, en tanto la mayoría de los participantes de este estudio convergen en que los adultos mayores que tienen vínculos inestables con sus familiares y debido a la retroalimentación (proceso donde la conducta de cada miembro de la familia, afecta a los demás) estos se ven afectados de manera negativa en su estado de ánimo y desarrollo social, así mismo, una relación constante y estrecha con la familia, influye de manera positiva en los adultos mayores.

De acuerdo con la teoría ecológica de Bronfrenbrenner se entiende que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea, por tal razón se identifica que en el adulto mayor está inmerso a sistemas(Espina, Gimeno & González, 2006).

En general se evidencio que en el microsistema del adulto mayor, está la familia, el personal de salud como las enfermeras y algunos pares, en tanto son las personas con las cuales tienen relaciones más cercana, en ocasiones la familia suele pasar al mesosistema, como el personal asistencial y los médicos que en ocasiones asisten al hogar, por otro lado se identifica que los adultos mayores son participes ante diversas actividades que realizan algunos voluntarios, o, asimismo reciben donaciones donde son los abuelos son participes, y según la teoría ecológica esta en relación con el exosistema, por último se reconoce el macrosistema a las políticas públicas que abalan los adultos mayores y a las creencias religiosas, reconociendo que todos los adultos mayores son creyentes.

Es importante resaltar que el vínculo se genera también entre el adulto mayor y la institución ya que es el inmediato y permanente lugar que le permite desarrollarse emocionalmente y crecer, es un marco que define la manera de relacionarse de los

miembros que la conforman, en el caso de Mi Segundo Hogar son evidentes los vínculos jerarquizados, sin embargo, al ser constantes y estrechos comienzan a hacer parte de la realidad de cada individuo y a su vez se convierte en un vehículo de satisfacción de necesidades propias, pero exige también cooperación para permanecer en él. (Burutxaga, Perez-Testor, Ibañez, de Diego, Golano, Ballus & Castillo, 2018)

La teoría ecológica fortalece la investigación al reconocer al adulto mayor como parte de un sistema el cual está en constante relación, de tal manera como se identificaron los sistemas anteriormente ayudaran a reconocer los factores asociados a la calidad de vida.

Hernández (2005) indica que la familia es una unidad de supervivencia, en tanto en ella se generan las necesidades de todo orden y los procesos de adaptación, mediados por la significación que sus miembros les atribuyen a diversos aspectos de la vida, ya que existen relaciones dinámicas como la pareja, la díada madre-hijo, la familia nuclear o extendida, la red, la comunidad, etc, que influyen en el desarrollo del ciclo vital. En esta investigación se evidencia cómo el sistema familiar afecta de manera positiva o negativa la calidad de vida del adulto mayor, debido a que presenta afecciones emocionales dependiendo de las relaciones que establece con cada miembro de la familia, por ejemplo, muchos de los adultos mayores institucionalizados esperan la visita únicamente de sus hijos, otros esperan a su pareja, debido a que se identifican en esas relaciones más cercanas. Al sentirse aún parte de la familia se percibe que se recupera parte de su sentido de vida, y motivaciones debido a que aún guarda un rol dentro de su núcleo familiar.

Debido a su relevancia, los vínculos con la familia se establecen como uno de los factores predominantes en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en la presente investigación.

Cabe considerar la interacción humana como un sistema, y la teoría de los sistemas generales permite comprender la naturaleza de los sistemas de interacción (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991). En la dinámica relacional de los adultos mayores con sus pares, resulta simétrica, es decir, los adultos tienden a situarse en el mismo nivel, a mantenerse en igualdad de condiciones, trato e importancia, aunque, cada uno goza de su espacio propio que resulta ser más importante en una balanza de prioridades de relación. Asimismo, se denota que las características de esta interacción, son similares en investigaciones en ambientes naturales de los adultos mayores, como la de Cummings. E y W.E. Henry (1961) y en adultos mayores institucionalizados, en cuanto a que se reducen el número de actividades de integración por interés personal y se limitan los contactos sociales.

De igual importancia, las interacciones entre los adultos y el personal salud son complementarias, en tanto se basa en la aceptación y aunque se reconocen posiciones diferentes, sus actos se aportan entre sí para un aporte mutuo, son convencionales las relaciones como, por ejemplo, uno ordena y el otro obedece, uno pide consejo o ayuda, y el otro la proporciona, uno cuida y el otro busca ser cuidado, este último patrón es el que se evidencia en esta investigación entre los adultos mayores y el personal salud.

En relación al tema de autonomía en el adulto mayor institucionalizado, se evidencia que al ingresar al hogar geriátrico hay pérdida significativa en la toma de decisiones, debido a que sus acciones están sujetas a la normatividad del hogar, por tal razón, hay un proceso de adaptación al nuevo sistema, ya que la mayor parte de los adultos mayores no cuentan con la preparación previa ante el ingreso a la institucionalización, ni dan su consentimiento sobre la misma y empieza a ser menos autónomo al depender de las personas de las cuales está a cargo, generando nuevos vínculos relacionales, lo que coincide con los resultados de Rojas, Toronjo, Rodríguez

& Rodríguez (2006), en su trabajo *Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*.

Respecto al bienestar de los adultos mayores en relación al grado de satisfacción por el nivel académico obtenido, se evidencia en coincidencia con los resultados expuestos por Carmona (2009) que las personas con educación formal manifestaron tener mayor sensación de satisfacción en términos de logros alcanzados, no obstante, hay que tener presente la relación entre la educación formal y el efecto de variables relacionadas, como son el ingreso económico o el status laboral y social, lo que puede generar ese grado más alto de satisfacción, aunque en esta investigación dicha población, constituye una parte mínima.

Aunado a lo anterior se reconoce que gran parte de los adultos mayores no lograron cumplir la totalidad de sus logros, debido a situaciones académicas, económicas, laborales o sociales, por tal razón el adulto mayor puede llegar a tener sentimientos de frustración al no haber cumplido con sus metas, y no haber tenido una mejor calidad de vida en la vejez, aunque este acontecimiento es subjetivo y en esta investigación mínima parte de la población se sienten realizados y satisfechos con lo que hicieron en la vida, en relación a lo anterior pocas investigaciones enfatizan en la realización de metas del adulto mayor institucionalizado. Por otro lado se concluyó con que la motivación primordial desde la perspectiva de los adultos mayores y el personal salud es la familia, en tanto es su referente primario y por ende más cercano.

Referente a la espiritualidad, el estudio de Acosta y Sánchez (2017) enfatiza en que la religiosidad es un fuente de apoyo emocional y de satisfacción vital en los adultos mayores, lo que también se puede evidenciar en esta investigación al indagar que casi la totalidad de la población en estudio considera satisfactorios los espacios los cuales pueden ejercitar su creencia y esta práctica mejora su estado anímico.

En relación a la muerte y con base en el alto porcentaje de la población que reaccionó de manera evasiva al abordar el tema, se concluye que debido a que no es considerado un asunto cotidiano en nuestra sociedad crea evitación en los individuos, por varios motivos como: la dualidad, por ejemplo, la paz y la tristeza y esto mismo ocurre con la tranquilidad y el temor, lo cual sugiere la tendencia hacia la indiferencia más que hacia la percepción negativa (Martínez-González, Villarreal-Ríos & Camacho-Calderón, 2008). Los resultados de la presente investigación difieren de otros trabajos como los de Bullón (2005), en donde la mayoría de los adultos mayores (85%), manifiesta una actitud de naturalidad favorable hacia el tema de la muerte y la preparación para que la misma ocurra en cualquier momento de la vida, ya que esto sucede solo en el 20% de la población participante en esta investigación.

Esta investigación resulta importante debido a que abarca un concepto de calidad de vida integral, el cual permite identificar de manera detallada y concisa cada factor que influye de manera directa o indirecta en los adultos mayores, asimismo, para el desarrollo de esta se tiene en cuenta la percepción que tienen los adultos mayores institucionalizados frente a su calidad de vida, no obstante para mayor precisión se tiene en cuenta la percepción del personal salud, aportando al vacío teórico identificado previamente.

9. Conclusiones

- a) Se concluyó que los factores que influyen en mayor medida en la percepción de los adultos mayores institucionalizados sobre su calidad de vida son: las relaciones interpersonales, el bienestar emocional y el bienestar físico.
- b) Desde la percepción del personal salud la dimensión emocional es la que predomina en relación al nivel de satisfacción de los adultos mayores en relación a su calidad

de vida, por ende en la mayoría de los casos no está enteramente ligada con el lugar de institucionalización

- c) Se relacionan de manera estrecha las dimensiones de relaciones interpersonales, inclusión social y bienestar emocional
- d) Las relaciones significativas en el adultos mayor institucionalizado están en la mayoría de los casos jerárquicamente organizadas de la siguiente manera:
relaciones con la familia, el personal salud, pares y relaciones de contacto esporádico

10. Referencias

- Abellán, A., Esparza, C. y Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en Situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.
- Acosta, R., & Sánchez, J. (2017). Religiosidad Y Depresión En Adultos Mayores Institucionalizados de Lima Metropolitana. *Salud & Sociedad*, 8 (1), 22-34.
- Alonso, R & Moros, M. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia*, 8 (14) ,1- 13.
- Árraga, M., & Sánchez, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto*, 16 (4), 737-756.
- Arias, L. Portilla, L & Villa, C. (2008). El desarrollo personal en el proceso de crecimiento individual. *Ciencia y Tecnología*, 14 (40), 117-119
- Arroyo, M. & Soto, A. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Revistas científicas complutense*, 26 (2), 337-345.
- Azpiazu, L., Esnaola, Y. & Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional en adolescentes. *Diario Europeo: Educación y Psicología*, 8 (1), 23-29.
- Bar-On, R. (1997). *El Inventario de Cociente Emocional (EQ i): Manual Técnico*. Toronto: Multisistemas de salud.
- Bognar, G. (2005). El concepto de calidad de vida. Social y práctica, *Terapia Psicológica*, 31(1), 561-580.
- Botero, B & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(4), 11-24.

- Bravo, C. (2006). Envejecimiento Cognitivo: Pérdidas Y Ganancias. *Revista Internacional de Psicología evolutiva y educativa*. 2 (1), 289-301.
- Bullón, C. (2005). *Percepción del adulto mayor respecto a la muerte, Albergue Central "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", Octubre-Noviembre 2003*(Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Burnet, F., (1970) .Un enfoque inmunológico para el envejecimiento. *Canales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 75(2), 273-301.
- Burutxaga, I., Perez-Testor, C., Ibañez, M., de Diego, S., Golano, M., Ballús, E., & Castillo, J.(2018). Apago y Vinculo: Una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*. 11(15), 13-24
- Campbell, A. (1981).*La sensación de bienestar en América*. McGraw-Hill, New York.
- Cano, C., Samper, R., Cabrera, J.& Rosselli, D. (2016). Uso de Medicamentos en Adultos Mayores de Bogotá, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Salud Publica*, 33(3), 419-424.
- Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Ordoñez, J., Osorio, J., & Segura, A. (2008). Condiciones de salud percibidas por el adulto mayor institucionalizado. *Revista Salud Pública*, 1(1), 25-45.
- Carmona, S. (2009). El Bienestar Personal En El Envejecimiento. Iberoforum. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4 (7), 48-65.
- Cejudo, J. (2005). *Teorías del Desarrollo Cognitivo*. Madrid, España: Basauri.
- Céspedes, E. (2003). *El proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el milenio*. Trabajo presentado en el congreso la Cátedra abierta en población 2000-2001. Bogotá: Recuperado de Universidad Externado de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- Cifuentes, P. (2004). *Adulto mayor institucionalizado* (Tesis de pregrado). Universidad academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006*. Bogotá D.C: Ministerio de Protección Social.
- Cummings, E. y Henrio, W. E. (1961). *Envejecer: el proceso dignamente*. Nueva York: Libros Básicos
- Decreto N° 345. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá, Colombia, 18 de Agosto del 2010. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DocumentosPolíticasEnSalud/POL%C3%8D.%20ENVEJEC%20Y%20VEJEZ%20Decreto%20345%20de%202010.pdf>
- Denham, H. (1956). Envejecimiento: una teoría basada en los radicales libres y radiación química. *Revista de Gerontología*, 11 (3), 12-18.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2005). *Censo general*. Recuperado de [:https://www.dane.gov.co](https://www.dane.gov.co)
- Durán, A, Valderrama, L, Uribe, A., González, A & Molina, J. (2010). Enfermedades Crónicas en los adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28
- Duran, D., Valderrama, L., Uribe-Rodríguez, A & Uribe, J. (2007), Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Psicología Universal*, 1(7), 263-270.
- Erazo, A. (2015). Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud, *Revista de Panamá en Salud Pública*, 38 (3), 248–53.
- Espina, I., Gimeno, A & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de los sistemas*, 2 (14), 21-34.
- Fernandez, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de investigación en Antropología*, 12(3), 16-32.

- Ferrans, C.(1990). Desarrollo de un índice de calidad de vida para pacientes con cáncer. *Enfermería Oncológica*, 17(2), 15 - 21.
- Franco, P., & Sánchez, A. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 6 (10), 369-383.
- Garibay, S. (2013).*Enfoque Sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*. México; El Manual Moderno.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Nueva York: Bantam Books.
- González, J., & de la Fuente, R. (2014). Desarrollo Humano En La Vejez: Un Envejecimiento Óptimo Desde Los Cuatro Componentes Del Ser Humano. *Revista Internacional de Psicología del desarrollo y de la Educación*, 7 (1), 121-129.
- Haas, B. (1999). Aclaración e integración de conceptos de calidad de vida similares. *Revista de becas de enfermería*, 31(4),215-220.
- Ham, R y Gutiérrez, L. (2005).*Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
- Hernández, J., & Parra, J. (2012). Cognición y autonomía en personas mayores dependientes. *Universidad de Alemania*, 24(5), 28-45.
- Hernando, M. (2006). El fenómeno del envejecimiento: Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. *Universidad de la Rioja, Servicio de publicaciones*, 12(7), 37-64.
- Herrera, E., Acosta, A. & Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores. *Salud Uninorte Barranquilla*. 28(2). 251-263.
- Herrera, A. & Guzmán, A.(2012).Reflexiones sobre la calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista de medicina Universidad de Chile*, 23(1),65-76.

- Hidalgo, J. (2002). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Hornquist, J. (1982). El concepto de calidad de vida. *Revista escandinava de medicina social*. 10(3), 57-61.
- Iglesias-Souto, P. & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- Kirkwood, T., & Austad, S. (2000). ¿Por qué envejecemos? *Sanatorio IPAM*, 408 (6809). 23-38.
- Krawczyk, E., Llek, A., Mróz, S., Kamenczak, A. & Maj, J. (2009). Identificación emocional y desórdenes entre pacientes dependientes de la benzodiazepina como un factor que conduce hacia relaciones interpersonales problemáticas. *Revista Médica*, 66 (6), 319-322.
- La Placa, V., McNaught, A & Knight A. (2013) Discurso sobre el bienestar en la investigación y la práctica. *Revista Internacional de Bienestar*, 3(1), 116-125.
- Lazcano, B. (2007). Evaluación geriátrica multidimensional. *Práctica de la Geriatria*, 8(2), 83-104.
- Leiton, Z., Fajardo, E. & Luna, F. (2017). Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad. *Salud Uninorte Barranquilla*, 33(3), 322- 335.
- Márquez-González, M. (2008). Emociones y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, 3(84), 3-16.
- Martínez-González, L., Villarreal-Ríos, Enrique. & Camacho-Calderón, N. (2008). *Revista Enfermería Instituto México Seguro*, 16(1), 31-36

Melguizo, A., Acosta, A., Castellano, P. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 12(2), 251-263.

Ministerio de Salud (1993). *Resolución N° 008430 de 1994*. Bogotá: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de salud y protección social (2013). *Envejecimiento demográfico*. Colombia 1951-2020, Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Informe al Congreso de la Republica 2016-2017 Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2016-2017.pdf>

Ministerio de Salud, Profamilia & Todos por un nuevo país. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo I*. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

Miquel, J., & Fleming, J. (1984). Una hipótesis de dos pasos sobre el mecanismo de célula in vitro que envejece, diferenciación de célula seguida de mitocondria: mutagénesis. *Experiencia Gerontológica*, 19(4), 31-36.

Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *Revista Europea de investigación en Salud*. 1(1). 31-43

Molina, C., Meléndez, J., & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319.

Murray, H. (1938). *Exploraciones en la personalidad*. Nueva York, Oxford.

- Navarro, A., Martínez, B. & Buz, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psicología sociedad y educación*, 5 (1), 41-57.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Orgel, L. (1963). El mantenimiento de la precisión de la síntesis de proteínas y su relevancia para el envejecimiento. *Academia Nacional de Ciencias*, 2 (49), 517-521.
- Pérez, M., Gázquez, J., Molero, M., Martínez, Á., Barragán, A & Simón, M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PEGI-PM. *Actualidades de psicología*, 30(121), 24- 48.
- Ramos, F. (2012) Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Tabanque revista pedagógica*, 16(2), 83-104.
- Rimé, B., Mesquita, B., Boca, S. & Phillippot, P. (1991). Más allá del acontecimiento emocional: seis estudios sobre lo social y la emoción. *Cognición y Emoción*, 5(6), 435-465.
- Rocha, L. (2013). *La vejez en movimiento: Un enfoque integral*. Buenos Aires. Dunken.
- Rodgers W. (1976). *La calidad de la vida estadounidense*. New York: Russell.
- Rodríguez, A., Valderrama, L., & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 40(25), 246-258.
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. *Universidad del Rosario y Ciencias de la salud*. 4(3), 42- 84

- Rojas, M., Toronjo, A., Rodríguez, C., & Rodríguez, J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.
- Rosselli, D., & Hernández, J. (2016). El impacto del envejecimiento sobre el sistema de salud colombiano. *Salud Publica de México*, 58(6), 5-7.
- Rubio, S. (1998). *Teorías del Envejecimiento*. México D.F. Arronte.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez*. Buenos Aires: Paidós.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill.
- Santos, F., Andrade, V., & Amodeo, O. (2009). Envejecimiento: Un Proceso Multifactorial. *Revistas Científicas de América Latina Caribe, España y Portugal*, 14(1), 3-10.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyo para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.
- Schmidt, J., y Andrykowski, M. (2004). El papel de variables sociales y disposicionales asociado con tratamiento emocional en ajuste al cáncer. *Psicología de la Salud*, 23(3), 259-266.
- Schneider, T., Lyons, J., & Khazon, S. (2013). Inteligencia emocional y resiliencia. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 55(8), 909-914.
- Segovia, M., & Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.
- Shaw, A. (1977). Definiendo la calidad de vida. *Informe del Centro Hastings*, 7, 11.
- Szilard, L. (1959). La naturaleza del proceso de envejecimiento. *Procedimientos de la Academia Nacional de Ciencias*, 45(2), 30-45.

- Torres-López, T., Munguía-Cortés J. & Aranda-Beltrán, C. (2015). Concepciones culturales del concepto bienestar de personas con enfermedades crónicas y profesionales de la salud. *Hacia promoción de la salud*, 20(1), 96-110.
- Torrico, L., Santín, C., Villas, S., Álvarez-Dardet, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Canales de psicología*, 18(1), 59.
- Villegas-vázquez, K. & Montoya-arce, B. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20 (79), 133-167.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson D. (1991). La organización de la interacción humana. (Ed), Teoría de la comunicación humana (pp.80-81). Barcelona, España: Herder.
- Wehmeyer, M.(2006). Autodeterminación y personas con discapacidades severas. *Siglo Cero*, 37(4), 5-16.
- Zevallos, R. (1993). El enfoque sistémico de la familia. *Psicología*, 11(2), 12-18.

11. Anexos

Entrevista Semiestructurada

Caracterización Para Adultos Mayores.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Fecha de ingreso al hogar:

Persona que lo llevó al hogar:

Nivel de formación académica:

Ocupación:

Tiempo de desvinculación laboral:

Pensionado:

Religión:

Guión Para Adultos Mayores

Categoría de bienestar

Bienestar Físico

Antecedentes de Salud

- Patologías diagnosticadas (tiempo y tratamiento)
- La enfermedad como limitante para su funcionalidad

Ejercicio físico

- Frecuencia
- Razones para la práctica (formulado o por convicción)
- Acompañamiento para la práctica de los ejercicios (pares o profesionales)

Alimentación

- Dieta
- Gusto por la comida del hogar

- Evaluación de la dieta previa al hogar y la que se recibe (diferencias y similitudes)

Descanso

- Patrón de sueño (Tiempo de sueño y sensación de descanso)
- Valoración del mobiliario (Cama confortable, silla confortables...)
 - Presencia de elementos perturbadores (Luz, ruido u otros que afectan la serenidad)
- Otros espacios de descanso que no implican sueño

Bienestar Emocional

- Percepción de la relación con los pares o compañeros
- Percepción de la relación con el personal salud de contacto constante o directo
- Percepción de la relación con el personal del hogar con el que no tendría contacto directo (aseadores y otros que pueden visitar ocasionalmente el hogar)
- Funcionalidad (se siente bien con lo que puede hacer social y físicamente)
- Lo que lo hace sentir a gusto
- Lo que le disgusta
- Valoración del nivel académico logrado (satisfacción)

Bienestar Material

- Dependencia económica
- Relación entre el acceso al dinero y la cobertura de las necesidades
- Manejo de su dinero (manejo de sus propios ingresos sin mediador)

Categoría Integración social

Relaciones interpersonales

- Personas con las que más se relaciona
- Relación con la familia (visitas, vínculo y frecuencia)
- Se siente a gusto con su estado civil

Integración social

- Oportunidades para profesar su credo religioso (asistir a los ritos, y en general poder acceder a todos los asuntos relativos al ejercicio de la fe religiosa de un credo en particular)
- Lugares para profesar el credo religioso
- Actividades de integración con el grupo de adultos mayores, con sus familias y con la comunidad en general.

Derechos

- Consideraciones sobre el papel del Estado en la defensa y promoción de los derechos de la población de adultos mayores.

Categoría de Desarrollo Personal

- Autonomía (acceso a portar imágenes alusivas al credo religioso, sobre su rutina diaria, ingesta de alimentos y lugar en que se desea estar al interior del lugar)
- Valoración del proyecto de vida desarrollado hasta ahora
- Percepción sobre la muerte
- Planes vigentes

- Estrategias de solución a sus problemas y actitud ante los problemas
- Definición de metas y logros obtenidos
- Motivación para el alcance de las metas propuestas

CARACTERIZACIÓN PARA PERSONAL SALUD

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Profesión
- Hace cuánto trabaja con la Fundación
- Tiempo que pasa en la Fundación

GUIÓN PARA PERSONAL SALUD

Categoría de bienestar

Bienestar Físico

Antecedentes de Salud

- Observa diversas patologías (de qué tipo)
- Considera las enfermedades limitantes para la funcionalidad del adulto mayor

Ejercicio físico

- Frecuencia
- Recomienda la práctica deportiva como medida para mejorar la salud
- Observa en los adultos prácticas deportivas en ejecución individual o grupal

Alimentación

- Tienen dietas especiales (cuales, cuantas)
- Considera que el adulto mayor está satisfecho con la comida del hogar

- *Descanso*
- Patrón de sueño del adulto mayor (duermen lo suficiente)
- Valoración de las instalaciones y la posibilidad de descanso (espacios de ocio, espacios al aire libre, camas, sillas)

Bienestar Emocional

- Percepción de la relación de los adultos mayores con los pares o compañeros
- Percepción de la relación de los adultos mayores con el personal salud
- Percepción de la relación los adultos mayores con el personal con el que no tiene contacto directo (aseadores, celadores...)
- Funcionalidad (considera que los adultos mayores se sienten bien con lo que pueden hacer social y físicamente)
- Actividades que les guste realizar a los adultos mayores
- Actividades que considera no son del agrado de los adultos mayores
- Observa que los adultos mayores se sienten a gusto con el nivel académico que consiguieron

Bienestar Material

- Valoración de la relación de dependencia económica por parte de los adultos mayores y su familia
- Relación entre el acceso al dinero de los adultos mayores y la cobertura de sus necesidades
- **Categoría de Integración social**

Relaciones interpersonales

- Percepción de la relación entre los adultos mayores y en general los demás integrantes del hogar
- Percepción de las relaciones con la familia (visitas recibidas, quién va, con qué frecuencia)

Integración social

- Oportunidades para que los adultos mayores profesan su credo religioso (asistir a los ritos, y en general poder acceder a todos los asuntos relativos al ejercicio de la fe religiosa de un credo en particular)
- Lugares para profesar el credo religioso
- Actividades de integración con el grupo de adultos mayores, con sus familias y con la comunidad en general.

Derechos

- Consideraciones sobre el papel del Estado en la defensa y promoción de los derechos de la población de adultos mayores.

Categoría de Desarrollo Personal

- Autonomía (acceso a portar imágenes alusivas al credo religioso, sobre decisiones del día tipo: a qué hora se levantan o se acuestan, qué comen, en qué lugar de la Fundación están.)
- Valoración de la percepción que los adultos mayores tienen sobre la muerte.
- Percepción sobre el proyecto de vida de los adultos mayores.

- Percepción sobre la manera en que los adultos mayores solucionan sus problemas
 - Percepción sobre las metas vigentes de los adultos mayores
 - Valoración sobre las motivaciones de los adultos mayores

FORMATO DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

Tipo:	Observación Pasiva
Hogar:	Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar
Fecha:	25 de septiembre
Tiempo de observación	2:00 pm - 5:00 pm
Observadora:	Camila Guantiva Veronica Quiroga
Objetivo:	Observar las interacciones entre los adultos mayores y con el personal que se encuentra a su servicio en la institución, durante las actividades que se llevan a cabo en el transcurso de un día regular en el hogar.
Aspectos a observar:	Relaciones interpersonales, respuestas emocionales y funcionalidad.

<p>Desarrollo de la observación:</p>	<p>A las 2 PM, la mayor parte de los adultos mayores se encuentran en la sala, los demás caminan o se sientan en diversos espacios como la terraza, comedor o habitaciones, a realizar las actividades que desean, durante este lapso de tiempo, se evidencia que son pocos los que tienen visitas, ya que de 36 adultos mayores que habitan el geriátrico, solo 4 de ellos son visitados, se observa que tres de los adultos mayores tienen pérdidas cognitivas y funcionales significativas, debido a que no perciben que los están visitando, simplemente observan a su familiar como si fuera uno más de sus compañeros, aunque los familiares procuran hablarles y hacerles caricias, por otro lado el adulto mayor que es funcional y recibe a su familiar, se identifica sentimientos de felicidad, y, poseen una comunicación asertiva, tanto verbal como no verbal.</p> <p>Se identifica que las visitas duran aproximadamente una hora y no todo el tiempo estipulado que les brinda el hogar geriátrico, y a la hora de irse normalmente habla con la enfermera encargada del adulto mayor, para así recibir las retroalimentaciones sobre el adulto mayor.</p>
---	--

<p>Tipo:</p>	<p>Observación Pasiva</p>
<p>Hogar:</p>	<p>Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar</p>
<p>Fecha:</p>	<p>26 de septiembre</p>
<p>Tiempo de observación</p>	<p>7:00 pm - 4:00 pm</p>

Observadora:	Veronica Quiroga
Objetivo:	Observar las interacciones entre los adultos mayores y con el personal que se encuentra a su servicio en la institución, durante las actividades que se llevan a cabo en el transcurso de un día regular en el hogar.
Aspectos a observar:	Relaciones interpersonales, respuestas emocionales y funcionalidad.
Desarrollo de la observación:	<p>El día de los adultos mayores comienza a las 7:AM, las enfermeras hacen un llamado para que se levanten; comienzan a hacer fila las mujeres primero para ser bañadas por las enfermeras, las personas que cuentan con las capacidades de realizar esta actividad de manera autónoma se pueden levantar un poco más tarde y realizan esta tarea solos. Mientras una enfermera se encarga del baño de los mujeres otra enfermera las recibe al final del baño y les elige la ropa para vestirlas, teniendo en cuenta de que dos días a la semana usan uniforme y el resto de días pueden elegir que colocarse las personas pueden tomar decisiones por sí solos, posteriormente se bañan los hombres y se alistan, a las 9 AM a les dan tinto, y a las 9:30 están desayunando, aunque el personal que se encarga de realizar la comida tiene en cuenta la restricciones alimentarias de los adultos mayores y procura cuidar las dietas de ellos. Para el desayuno se reúnen los abuelitos que tienen más afinidad entre sí en las mesas y en otros lugares están los que su funcionalidad es mínima y toca</p>

asistirlos, luego los adultos mayores los cuales no pueden caminar por sí solos, son trasladados a la sala y les ponen televisión, los demás son libres de estar en cualquier lugar de la casa; se observa que en este espacio son muy pocos los adultos que se relacionan y comunican entre ellos.

A las 12:20 PM las enfermeras hacen el llamado para que todos se organicen en las mesas para servir el almuerzo, hasta que todos estén sentados empiezan a servir el almuerzo, primero se les da la sopa, luego el seco y por último el jugo, las enfermeras conocen la manera de comer de cada adulto mayor y de esa manera les sirven el almuerzo, ya sea por cantidad o dieta. Algunos de los adultos mayores que poseen una funcionalidad limitada no pueden comer por sí solos, por tal razón la auxiliar de enfermería se encarga de darles la alimentación y los abuelitos que son funcionales cognitivamente y físicamente, les gusta colaborar en diversas actividades, como levantando la loza, organizando los platos y ayudando al resto de sus compañeros. Después del almuerzo los adultos mayores tienen un espacio en el cual no tienen ninguna actividad programada, es decir que tienen libertad de realizar lo que desean.

A la 1:30 aproximadamente, los adultos mayores que no poseen dificultades en su movilidad pueden ubicarse en cualquier espacio del hogar, en estos se observa que algunos eligen ver televisión (noticias, novelas y fútbol), otros se reúnen en grupo para realizar actividades de

mesa (sopa de letras), y los demás forman grupos para charlar. Los abuelos que tienen dificultades físicas y cognitivas, son desplazados a la sala, donde se le prende el televisor, aunque este pasa de desapercibido porque ellos se observan entre ellos, y así pasan su tiempo.

A las 2: pm empiezan las visitas, en este día se observa que van a visitar a solo tres adultos mayores, y a una abuelita la saca su hija del hogar, para llevarla a una cita médica que tenía programada, durante el tiempo de visita se evidencia agrado por parte de los adultos mayores al recibir a su familia (hijos, sobrinos y nietos) durante la visita se evidencia que únicamente dialogan con su familiar y se hacen caricias en los tres casos.

A las 3:30pm se les reparte a todos los abuelitos unas onces, y continúan haciendo sus actividades. En este mismo tiempo llega el mercado del hogar, debido a que este se hace una vez al mes, los abuelitos que les gusta colaborar ayudan a las encargadas de la casa a entrarlo y ubicarlo en la cocina, se observa que a los abuelitos le sienta bien emocionalmente ayudar en los quehaceres del hogar.

En general se rescata que los adultos mayores tienen buenas relaciones con las enfermeras y todo el personal que se encuentra presente en el hogar, adicional se observa que la interacción entre ellos es respetuosa y tratan de colaborar entre ellos mismos, en la hora de visita se evidencia que resulta placentera, ya que se observan alegres. Durante las actividades diarias, como bañarse, hacer sus defecaciones, desplazarse de un lugar a

	<p>otro y alimentarse, se observa que aproximadamente unos 18 adultos mayores de 36 requieren de una tercera persona, par. a realizar alguna de estas actividades.</p>
--	--

Tipo:	Observación Pasiva
Hogar:	Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar
Fecha:	27 de septiembre
Tiempo de observación	7:00 pm - 7:00 pm
Observadora:	Camila Guantiva
Objetivo:	Observar las interacciones entre los adultos mayores y con el personal que se encuentra a su servicio en la institución, durante las actividades que se llevan a cabo en el transcurso de un día regular en el hogar.
Aspectos a observar:	Relaciones interpersonales, respuestas emocionales y funcionalidad.
Desarrollo de la observación:	El día de los adultos mayores comienza a las 7AM, debido a que ha esta hora las enfermeras hacen el llamado para que todos se despierten y

empiecen a desplazarse hacia la sala, el baño de los adultos mayores lo realizan pasando un día, por tal razón las enfermeras cogen a uno por uno les limpian la cara, les cambian los pañales (los que utilizan), les cepillan los dientes, a los que no pueden realizar estas actividades por sí solos, las personas que sí cuentan con la capacidad de ejecutar estas actividades las hacen, pero de igual forma no se bañan. Muchos de los adultos mayores se ponen contentos al recibir en tinto a las 9: AM y a las 9:30 AM ya todos deben estar organizados en las mesas para servir el desayuno, se denota que la mayoría de los adultos mayores se ubican en el mismo puesto de la mesa, junto con los mismo compañeros. Posteriormente hay un espacio libre, los abuelitos que no se pueden movilizar por sí solos, son desplazados para la sala y se les prende el televisor, los otros son libres de estar en donde quieran, unos se van para las habitaciones a acostarse, otros suben a la terraza, o se sientan en las mesas a leer el periódico y llenar sopa de letras, también las abuelas que quieren tienen la oportunidad de ayudar en la cocina como arreglar el mercado y la verdura (se observa el agrado que tienen las señoras al ayudar en la cocina, aunque esta actividad solo se realiza una vez al mes)

A las 12 PM hacen el llamado para que se organicen en las mesas, de tal manera servir el almuerzo, cuando están todos sentados los que requieren les ponen babero y a todos les sirven el almuerzo teniendo en cuenta sus restricciones alimentarias, primero les dan la sopa, luego el seco y después el jugo, durante el almuerzo se observa que las enfermeras

respetan la decisión de los adultos mayores al no darles comida que no es de su agrado, en el transcurso del almuerzo uno de los abuelos sin intención alguna riega el jugo en las piernas de una de sus compañeras, ella se enoja, se levanta de la mesa y se va para su cuarto a cambiarse de ropa, las enfermeras tratan de llevar la situación y procuran tranquilizar a la señora, posterior todos vuelven a tener un espacio libre, donde pueden realizar la actividad que deseen, como las ya mencionadas anteriormente.

A las 2 PM empiezan las visitas, van a visitar a 4 personas, a dos de ellas en el transcurso de la visita los sacan en silla de ruedas a dar una vuelta por el parque, cuando vuelven al hogar, se observan satisfechos al compartir tiempo con su familia. A las 3:30 empiezan a repartir onces, donde les dan un dulce, yogurt y galletas, luego de que terminan de comer, dos practicantes de auxiliar de enfermería reúne a la mayoría de adultos mayores y los que desean participan en una actividad movilidad y estiramiento, muchos de ellos disfrutaron los ejercicios y la música les agrada, esta actividad dura aproximadamente 35 minutos debido a que los adultos mayores empiezan a cansarse físicamente. Los abuelos que llevan bastante tiempo en el hogar y son totalmente funcionales tienen la oportunidad de salir a caminar a la calle.

A las 5:pm se les da la comida, normalmente es una bebida como café con pan o galletas, luego de que todos hayan comido, las enfermeras llevan a los adultos mayores que lo requieren al baño y empiezan a

	<p>cambiarlos de pañal, de tal manera alistarlos para acostarlos a dormir, a las 6: pm empiezan a acostar uno por uno en sus camas, asimismo reparten el medicamento para dormir a los adultos que no pude conciliar el sueño por sí solos. Los abuelos que desean quedarse hasta tarde viendo televisión lo pueden hacer, aunque solo son dos señoras, el resto se acostar a dormir por tarde a las 7PM</p>
--	--

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por las estudiantes de décimo semestre: Guísele Camila Guantiva Cabrera y Gineta Verónica Quiroga Borja, del programa de Psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores. El estudio pretende analizar los factores asociados a calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la perspectiva de los adultos mayores y del personal salud de la Fundación Gerontológica Mi Segundo Hogar. El propósito y la metodología del estudio serán explicadas en detalle antes de la firma de este documento

Su participación en la investigación implica responder a preguntas sobre usted mismo, la familia y el hogar geriátrico, a través de una entrevista semiestructurada. No obstante su participación es estrictamente voluntaria y puede abandonar el estudio en el momento en que así lo considere sin brindar explicación alguna. Para efectos de facilitar el procesamiento de la información, es necesaria que la información de la entrevista sea grabada para luego ser transcrita; sin embargo se garantiza que el nombre de cada participante será reemplazado por un código con el ánimo de guardar reserva de su identidad. Finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

La información que se recoja tiene fines netamente académicos, en específico constituye el trabajo de grado de las estudiantes en mención, y no se usará para ningún otro propósito. Está en libertad de hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en la investigación y de negarse a responder si alguna de las preguntas de la entrevista le resultan incómoda. Al finalizar el proyecto, los resultados obtenidos serán socializados a todos los participantes y a la institución.

Su firma en el presente documento significa que acepta libre y voluntariamente participar del estudio, considerando que reconoce el propósito de su participación, la manera en la que ha de participar y el hecho de que puede indagar más sobre el estudio para que sus dudas sean resueltas o desistir de continuar en el proceso en el momento en que así lo considere sin tener que dar explicaciones.

Agradecemos su participación.

-----	-----	-----
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

Responsables del proyecto:

_____	_____
Gineta Verónica Quiroga Borja	Guísele Camila Guantiva Cabrera

CC. N°.

CC. N°.