

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA

**Proyecto de Tesina**

**Relación que existe entre la soledad y el nivel de autoestima según sexo y frecuencia de participación de los adultos mayores que asisten a un centro de día de la zona centro de Rosario durante el primer semestre del 2018.**

Por: Mary Matilde Riveros

Director: Lic. Pedro Cabel

Docente Asesor: Lic. Nores, Rosana

Rosario, 5 de Febrero de 2018

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

**Agradecimiento ante todo al creador supremo**

**Por todo lo que he recibido y lo que aún esta**

**Por llegar.**

**A los docentes asesores por el**

**Acompañamiento durante toda las etapas del**

**Elaboración de proyecto.**

**Y a mi familia por el apoyo incondicional.**



El éxito ocurre cuando tus sueños son más grande que tus

Excusas.

## **RESUMEN**

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor en alguna etapa de su vida. Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre.

Cuando una persona llega a la tercera edad en muchos casos puede llevar a tener una autoestima baja. Es necesario sentirse a gusto consigo mismo y con sus seres queridos.

El objetivo de este trabajo será determinar si existe relación entre la soledad y el nivel de autoestima según sexo y frecuencia de participación en los adultos mayores que asisten en el centro de día, de la zona Centro de Rosario durante el primer semestre del 2018.

El abordaje de esta investigación será de tipo cuantitativo, con un estudio descriptivo prospectivo transversal, que se realizará mediante encuesta y observación a aproximadamente 300 adultos mayores de ambos sexos.

Se utilizará para realizar el análisis como procedimiento la estadística inferencial para determinar la confiabilidad de los fenómenos observados y poder contrastar la hipótesis, siempre contando con la asesoría de Licenciado en estadística.

Los resultados obtenidos se tabularán en gráficos circulares y en barras simples.

**PALABRAS CLAVES:** Soledad, adulto mayor, sexo, nivel de autoestima. Atención de la salud.

## **INDICE GENERAL**

	Pág.
<b>Resumen y palabras claves</b>	3
<b>Índice general</b>	4
<b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	11
<b>Marco Teórico</b>	12
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño	37
Sitio o contexto de la investigación	37
Población y muestra	37
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	38
Personal a cargo de la recolección de datos	42
Plan de análisis	42
Plan de trabajo y cronograma	43
<b>Anexos</b>	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de sitio	47
II. Instrumento de colección de datos	49
III. Resultados del estudio exploratorio	53
IV. Resultado de la prueba piloto	54
<b>Bibliografía</b>	55

## INTRODUCCIÓN

La soledad es un problema prevalente y previsible en los adultos mayores, el cual debería ser visto como prioridad dentro del sistema de salud. Teniendo en cuenta la soledad está relacionada con una serie de factores de riesgo sociodemográficos, psicológicos y su estado de salud, es importante que los adultos en situación de riesgo sean identificados precozmente. El saber quién está en riesgo de soledad podría conducir a la elaboración de estrategias preventivas por el profesional de enfermería. (D Sequeira daza, 2012)

En el presente trabajo se pretende abordar la soledad en el adulto mayor y su nivel de autoestima desde diferentes miradas de distintos autores.

A raíz de la observación en las experiencias laborales como personal de salud en adulto y adultos mayores surgió el interés de llevar a cabo este estudio, para determinar la soledad y nivel de autoestima según sexo y frecuencia de participación en las actividades ofrecidas por el centro de día de la escuela gerontológica, en donde participan los adultos mayores de distintas zonas de la Ciudad de Rosario en los talleres, que la concurrencia, se puede ver afectado por la época invernal, ya que muchos de ellos prefieren resguardarse en sus hogares por miedo a enfermarse o por el frío.

Por tanto partimos de la información recabada de envejecimiento en América Latina y el Caribe.

Partiendo desde la Organización Panamericana de salud y la Organización Mundial de la salud (OPS /OMS) revela que la población de América Latina y El Caribe vive hoy 45 años más que el año 1900, en 110 años, se prolongó la vida y mejoró la salud, pero persisten las inequidades, según el informe Salud en las Américas. (Age Watch, 2015).

Washington D. C, 18 de septiembre de 2012 (OPS/OMS). La expectativa de vida en América Latina y el Caribe pasó de 29 años en 1.900 a 74 años en 2010. Según el informe Salud en Las Américas 2012, elaborado por la (OMS/OPS). Un punto central de la publicación es la gran desigualdad en la distribución de la salud y el bienestar.

En 1900 una persona que nacía en América del Norte tenía una esperanza de vida de 48 años, mientras que el resto de la región la esperanza de vida era de 29 años. En 2010, se elevó a 74 y 78 años respectivamente. Sin embargo, persisten diferencias entre los países de la región. Por ejemplo en promedio, quien nació en Chile puede cumplir 79,2 años, pero el que lo hizo en Bolivia, puede alcanzar los 66,8 años, es decir, que 12,4 años menos. Estas diferencias también se reproducen hacia el interior de los Países. En Colombia, en 2010, la mortalidad en menores de 5 años fue 11,3

veces mayor en el quintil de población más pobre, comparando con el más rico. Mientras que en la región de las Américas atraviesa importantes cambios demográficos: el crecimiento de la población, la urbanización, y el envejecimiento de la población. Mientras que en 1900 la población de las Américas era de 194 millones de personas, 110 años después la población actualmente supera los 940 millones. Se estima que para el 2.020 ascenderá a unos 1.027 millones, lo que equivaldría a 13,4% de la población mundial.

Tomando de la división de la población de las Naciones Unidas, que demuestra la división de población (2.015). Proporción de la población de 60 años o más en 2.015 y 2.050.

Actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12 por ciento de la población global. En 2.030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16,5 por ciento en el 2.050 ascenderá a 2.100 millones; es decir el 21,5 por ciento de la población global. Las personas de 60 años y más son actualmente más numerosas que los niños menores de cinco años; en 2.050 serán más numerosas que los niños de 15 años. Estos cambios son más veloces en el mundo en vías de desarrollos, el cual en 2.050 será el lugar de residencia de ocho de cada diez personas de 60 años y más.

Aun se considera a la vejez desde la perspectiva económica, con suposiciones sobre el costo que implicará la población mayor. Un buen ejemplo es Japón, un País que está envejeciendo híper velozmente, con un tercio de su población, con un tercio de su población de 60 años o más. Japón no solamente es el País de mayor envejecimiento, sino también uno de los más saludable y ricos del mundo.

En Argentina, alrededor del 15 por ciento de la población tiene más de 60 años. Argentina tiene políticas y programas de salud para apoyarlos. Estos programas incluyen medicamentos gratuitos, para algunas enfermedades crónicas, cobertura para casos de retiro y programas sociales preventivos.

El sistema de salud para personas mayores está bien desarrolladas, con instituciones especialmente dedicadas a la salud y a los cuidados. Además, un programa Nacional de capacitación de cuidadores en el hogar.

Busca contribuir un sistema progresivo de cuidados para evitar la dependencia. (2)

Para conocer sobre el problema de interés tomo este artículo realizado por la Universidad Maimónides, carrera de gerontología. Escuela de ciencias del envejecimiento, habla de la epidemia del envejecimiento. (Katie Hafner, 2016).

Partió de un relato de una anciana oyendo su voz quebrada al reconocer que no solo había estado sola en su cumpleaños, sino durante muchos días.

En Line Helpline, un centro de llamadas telefónicas que trabaja las 24 horas en el día para atender a adultos mayores que buscan satisfacer sus necesidades básicas tener contacto con otras personas, reciben 10.000 llamadas registradas con relatos similares.

La soledad que Emily Dic Kinson describió como el "horror que no debe aproximarse" es silenciosa y devastadora. Sin embargo, en el Reino Unido se ve cada vez más como un serio problema de salud pública que merece recursos públicos.

Los gobiernos locales y el servicio Nacional de salud de ese País han desarrollado programas dirigidos a mitigar la soledad en decenas de ciudades y pueblos, incluso se ha capacitado a brigadas de bomberos para inspeccionar las casas no solo por seguridad contra incendios sino buscando signos de aislamiento social. Donde comenzó una explosión de la conciencia pública.

Desde las autoridades locales hasta el departamento de salud, pasando por los medios, Raúl Cann, presidente ejecutivo de Ageuk Oxfordshire y fundador de la campaña para terminar con la soledad un grupo fundados hace 5 años con sede en Londres. "la soledad tiene que ser asunto de todos".

La Doctora C. Perissinotto, geriatra de la Universidad de California en San Francisco dice que no es ni médica ni éticamente aceptable ignorar a los mayores que se sienten solos y marginados.

En el Reino Unido y EEUU, cerca de tres personas mayores de 65 años vive solo, y en Estados Unidos la mitad de quienes son mayores de 85 años viven solos. Estudios realizados en ambos Países muestran que la prevalencia de la soledad entre el individuo mayores de 60 años oscila entre el 10% y el 46%, no encontrándose datos de la población total de estudio realizado.

Los neurocientíficos del Massa Chusetts Institute of technology, identificaron una región del cerebro que según creen genera sentimiento de soledad. Esta región conocida como el rate, ONDR, es más conocida por su vínculo con la depresión. Estudios realizados por Kay M. Tye y sus colaboradores hallaron que cuando los Ratones vivían juntos, las neuronas dopaminérgicas en el NDR estaban relativamente inactivos. Sin embargo después de aislar a los ratones durante un periodo corto, las actividades de esas neuronas aumentaban.

De acuerdo a esta experiencia la Doctora Tye, dijo que estos cambios se observa en 24 horas de aislamiento.

John T Cacioppo, profesor de psicología de la Universidad de Chicago y director del centro de neurociencia cognitiva y social de esa misma Universidad, ha estado estudiando la soledad desde

la década de los noventa, dijo que la soledad es una señal adversa, muy parecida a la sed, el hambre o el dolor. Dice que si negar el sentirse solo es negar que tienes hambre, comento el profesor Cacioppo, que la palabra solo tiene una connotación negativa que se interpreta como debilidad o incapacidad para valerse por sí mismo.

Mediante la investigaciones del profesor Cacioppo ha demostrado que la soledad afecta a varias funciones corporales clave, por lo menos en parte a través de la sobre estimulación de la respuesta del cuerpo al estrés, han notado que la soledad crónica se asocia a niveles altos de cortisol, una de las principales hormonas del estrés, así como una mayor resistencia vascular, que puede elevar la presión arterial y reducir el flujo sanguíneo hacia órganos vitales. También ha demostrado señales de peligros activadas en el cerebro por la soledad afectan a la producción de glóbulos blancos, estos afectan la capacidad del sistema inmune para combatir infecciones.

Solo en los últimos años se comenzó a estudiar la soledad desde la perspectiva médica más que psicológica o sociológica. La Doctora Perissinotto, geriatra de la universidad de california se decidió estudiar la soledad cuando comenzó a sospechar que había factores que afectan a la salud de sus pacientes y que ella no estaba captando.

Utilizando datos de una extensa encuesta Nacional sobre adultos mayores en 2.012, la Dra Perissinotto analizó la relación entre la soledad, notificada por los mismos individuos y los resultados de salud en persona mayores de 60 años. De los 1.604 participantes en el estudio 690 (43%) dijeron sentirse solo, estas mismas personas tuvieron tasas significativamente altas de movilidad decreciente, dificultad para llevar a cabo actividades rutinarias diarias y muerte a los largo de 6 años de seguimiento. La relación entre la soledad y la mortalidad se mantuvo significativamente constante aún después de los ajustes, por edad, situación económica, depresión y otros problemas de salud más comunes.

La investigación realizada demostró que la soledad se relaciona con el deterioro de la salud, y que hasta ahora en EEUU y otros Países no hay mucho reconocimiento en términos de iniciativa para tratar o disminuir esta incidencia en la salud pública.

Quien pretendió caracterizar los tipos de soledad más frecuente (soledad familiar, soledad social, soledad conyugal, crisis de adaptación). Estudio de corte trasversal para identificar los tipos de soledad percibido por las personas de 55 años o más que asisten a los grupos de tercera edad del municipio de Medellín, calculados en 25.408. La muestra se calculó de acuerdo con el número de personas que asistieron por comuna, de manera aleatoria, el estudio arrojó datos muy importantes y muestran mayor soledad familiar y crisis de adaptación en hombres y mayor soledad conyugal

en mujeres. Las personas que no tienen pareja demuestran mayor soledad, lo que afecta su aspecto emocional y en muchos casos, puede conducir a tomar distancia del entorno y por ende, experimentar mayor soledad cálculos de 1.169 encuestados. (Cardona J, Jairo L, Villamil G, Maria M, Henao V, Eucaris, Quintero, Echeverri., 2013)

Estudio transversal, descriptivo realizados en adultos mayores de 60 años o más, de ambos sexos de nivel socioeconómico bajo, a los que se le aplicó el test de autoestima de Rosemberg y un cuestionario de datos sociodemográficos que incluían la edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación actual y se apoyaron en distintas bases de distintos autores bibliográficos.

La población conformada por 520 personas adultas mayores y se seleccionó una muestra representativa aleatoria con un nivel de confianza del 95%, y un error de máximo aceptado de 5%, obteniendo un tamaño muestral de 110 adultos mayores de ambos sexos. (Iise J Villavicencio-Ramírez Rosario R Álvarez, 2014)

Para dar resultado a este estudio dieron puntuaciones menores a 25 fueron clasificados como nivel de autoestima bajo, de 26 al 29 nivel de autoestima intermedio y 30 punto o más nivel de autoestima alto.

Los puntajes obtenidos por los encuestados fueron entre 12 y 37 puntos, la media general fue de 24 puntos (desviación estándar =5,410. La mediana 24 puntos varianza 29,265. La mayoría 68 (62%) de adultos mayores mostraron nivel de autoestima bajo, 20(18%) intermedio y 22 (20%) alto. El 50% de los adultos mayores tienen autoestima baja.

Se constató que a medida que aumenta el nivel educativo, aumenta el nivel de autoestima. Con respecto al estado civil el mayor porcentaje del nivel de autoestima se presenta en adultos mayores que tienen parejas, en primer lugar los solteros 37 (34%), en segundo lugar los viudos 30 (27%), en el tercero se ubica los separados 26 (24%).

Informó que la proporción de personas está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que para el año 2100 la cantidad de persona de 60 años de edad o mayores, aumente más de tres veces. Dependerá de los recursos con que cuente el país para poder brindar calidad de vida y bienestar psicológico a este grupo etario. (Ginebra, 2015)

Tomando el aspecto del autor Holwerda (2012) médico psiquiatra de la universidad Vrije, en Amsterdam, indicó que la soledad se vinculó a la declinación cognitiva. Los 2173 adultos mayores participantes, cuyas edades de 65 a 86 años, fueron seguidos durante tres años y no habían dados señales de demencia al comienzo del estudio que de lo cual 435, el 20 % declaró sentirse solo.

Después de considerar otros factores vinculados al deterioro cognitivo, el hecho de sentirse solo se vinculó a un aumento el 64% en el riesgo de padecer demencia. (Estefani A C Lange, 2015)

Perissinotto (2012) evaluó la soledad a 1604 adultos mayores de San Francisco (EE.UU), durante seis años. Encontrando 947 personas solitarias el 59% más probabilidades de haber perdido la capacidad para realizar las tareas de la vida diaria y fueron 18% más propensos a sufrir problemas de movilidad. Además la soledad también fue asociada con un mayor riesgo de muerte, los participantes solitarios fueron 45% más propensos a haber muerto al final del estudio. (5)

Al final de la investigación se plantea dicho propósito, en los adultos mayores que concurren a la escuela gerontológica de la Ciudad de Rosario de dependencia municipal, los directivos y equipos humanos de la institución podrán mediante los resultados de dicha investigación, utilizándolos como herramienta de diagnóstico, para poder generar estrategias a fin de que fortalezcan sus competencias mediante el uso de lo productivo y para apoyar la construcción de sus conocimiento.

## PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la soledad y el nivel de autoestima según sexo y frecuencia de participación de los adultos mayores que asisten en el centro de día de la zona centro de Rosario durante el primer semestre del 2.018?

## HIPOTESIS

- Los adultos mayores que asisten con mayor frecuencia en las actividades del centro de día, experimentan menor índice de soledad social, y problemas de autoestima.
- En los adultos mayores que presentan soledad familiar, el nivel de autoestima es más alto en las mujeres y más bajos en los hombres.
- La concurrencia de los adultos mayores tanto hombre como mujeres en las actividades ofrecidas por el municipio, la crisis de adaptación de soledad es mucho mayor que aquellos que asisten de manera esporádica.
- La soledad conyugal en el adulto mayor, en ambos sexo, necesitan integrarse más en las actividades sociales para aumentar su nivel de autoestima.

## OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre la soledad y el nivel de autoestima según sexo y frecuencia de participación en los adultos mayores que asisten en el centro de día, de la zona centro de Rosario durante el primer semestre del 2018.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Observar como prioridad a las personas mayores en situación de soledad dentro del sistema de salud.
- Tomar la responsabilidad como prioridad de la gestión del cuidado enfermero, a medida que crece el conocimiento sobre la soledad en el adulto mayor.
- Contribuir a que el estudio cuyos hallazgos permitan la planificación de la intervención en la práctica de enfermería en relación a la soledad en el adulto mayor.
- Conocer el riesgo de soledad para poder conducir a una elaboración de estrategias preventivas.
- Conocer la importancia de las relaciones interpersonales del entorno.

## MARCO TEÓRICO

En este estudio se determinara la relación que existe entre la soledad en el adulto mayor y su nivel de autoestima en los adultos mayores de la escuela gerontológica de Rosario durante el periodo del primer semestre del 2018, en las cuales participan en diferentes talleres ya sea de forma gratuita o aranceladas, los adultos mayores que acuden en esa institución en su mayoría son jubilados, aparte de los talleres llevan a cabo actividades recreativas, como encuentro, charlas, viajes, entre otras. Esta institución presenta otro espacio físico para adultos mayores para aquella persona dependiente de cuidadores o familia a cargo que por diversas razones ya sea por trabajo o distintas actividades que realizan y no les pueden dejar solo en el hogar, y se quedan en ese sitio a cargo de personales de la institución de manera gratuita. Para profundizar este tema se aborda diferentes teorías basadas en el mismo tema, por tanto se parte: Informe principal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017, apuntan que la soledad y el abandono es el primer factor desencadenante de la depresión. (El telégrafo, 2017)

Las asociaciones, y de organizaciones no gubernamentales, (ONG) admirables tienen programas de visitas a personas mayores que se sienten solas y que agradecen tener alguien con quien por lo menos pasar un rato a la semana. Mientras comparte con ellos un paseo, conversación o un rato de ocio, los mayores refuerzan su ilusión, autoestima, habilidades sociales y se mantienen activos.

Esto se ha ido haciendo realidad mediante lo que consigue el voluntariado social: romper el aislamiento y la soledad, evitando además la depresión y los trastornos cognitivos. La idea que plantean los especialistas, es que las personas mayores vuelvan a abrirse al mundo, recuperando hábitos saludables: pasear, participar en actividades sociales y culturales que no podrían hacer solas.

Asimismo se requiere promover la autonomía de los adultos mayores y por lo tanto ellos se sientan útiles y parte de una sociedad.

Diferentes organizaciones sociales en el mundo acompañan a las personas mayores que están en situación de soledad para que puedan recuperar las relaciones sociales y se integren a la comunidad.

Basados en las teorías de Peplau y Perlman (1979), definieron la soledad como la percepción de que las relaciones interpersonales son menos satisfactorias que lo deseado.

Propusieron dividir la soledad la experiencia de soledad en dos tipos: situacional y crónica. La soledad situacional o temporaria ocurre por las diversas circunstancias por las que pasa una

persona, por ejemplo, divorciarse, enviudar o cambiarse de Ciudad. La soledad crónica, en cambio, es producto de características personales tales como poseer habilidades sociales ineficientes, que impidan formar o mantener relaciones interpersonales. La implicancia de esta tipificación es que las personas solas situacionalmente, atribuyen su soledad a causas estables y creen que no hay nada que puedan hacer para cambiar su estado, por lo que su soledad se perpetuaría en el tiempo. (M Montero L Lena, 2001)

Por la Universidad de la República, facultad de psicología, Soledad en La Vejez, partiendo de la bibliografía de Buz, 2013, habla de La soledad subjetiva, el sentirse solo no es el resultado directo de la ausencia de relaciones, sino que es la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones existente o la ausencia de los mismos.

Por tanto, la soledad es producto de una elaboración cognitiva que está atravesando por las normas sociales y culturales aprendidas que incluyen en el comportamiento de los sujetos. (Valentina F Borba, 2015)

Cabe mencionar los aportes del autor M. Rodriguez. Soledad y salud, el empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos, las funciones intelectuales, etc., desencadenan inestabilidad y sentimientos de indefensión en el anciano, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social. En el plano físico se muestra con: debilidad del sistema inmunológico, dolor de cabeza, algunos problemas de corazón y digestivos, dificultades para dormir, etc. En el plano psicológico con: baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas.

La salud deteriorada conlleva un mayor apoyo familiar, sobre todo con los hijos e hijas. Textos extraída de la bibliografía de Bazo, afirma que las personas sanas conviven en proporciones parecidas en compañía que las que viven solas (o en pareja), pero cuando las personas se sienten enfermas, éstas viven en compañía en mayor proporción que las que viven solas. Este hecho hace que las personas mayores piensen que enfermar es una solución para su soledad. Las propias molestias se convierten en el centro de su atención y es la estrategia para atraer a sí a las personas queridas o a los cuidadores profesionales.

La soledad y la salud, por tanto, son itinerarios bidireccionales que implican aumentar la vulnerabilidad frente a la enfermedad, y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad o la causa de que la situación de la persona que está sola empeore por no contar con los apoyos necesarios. (M. Rodriguez M , 2009).

## **Factores causales de la soledad**

### **Crisis asociadas al envejecimiento: por Laforest.**

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Define tres crisis asociadas al envejecimiento:

**Crisis de identidad** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.

**Crisis de autonomía**, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).

**Crisis de pertenencia**, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

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

#### a) El síndrome del nido vacío:

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paternas filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

Ausencia de familiares; la escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa. La muerte del cónyuge; la viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Relata Ussel, que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

### 1.1 SOLEDAD FAMILIAR:

Desde la Universidad de Costa Rica, afirma que la soledad puede atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola, unas de ellas es cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas o lo más lamentables por abandono directo. Como consecuencia las personas se vuelven vulnerables e indefensas para afrontar las necesidades básicas dependientes, intimidad y la relación social. Por ello la presencia de la familia para los adultos mayores es importante, no se trata de dar regalos materiales, sino mostrarle cariños y agradecimiento con ellos. Pero sobre todas las cosas respeto. (Alfonzo J.P 2016)

### 1.2 SOLEDAD CONYUGAL:

Soledad conyugal experimentada en mayor medida por los separados, está relacionado con el rompimiento del vínculo y lo que ello genera, es decir la dificultad para contribuir una nueva relación de pareja. Estar separado significa también un cambio de condición, se deja compartir o vivir ciertos aspectos con el otro, lo que significa, para algunos sentimientos de frustración, de fracaso, de temor al cambio a vivir otras experiencias.

Para ello la soledad es una vivencia desfavorable en la cotidianidad del individuo puesto que allí se dan múltiples realidades que tocan la parte personal, familiar y social. (Jiro L Cardona J, Maria M V Gallego, Eucaris H Villa, Ángela Q Echeverri, 2013)

### 1.3 SOLEDAD SOCIAL:

La soledad social son consecuencias tremendamente crueles para aquello que se encuentra con mucha gente, pero si no existe cierta intimidad ni niveles afectivos con aquellos que están cerca, se sentirá solo y aislada socialmente. (Valentina F Borba, 2015)

### 1.4 CRISIS DE ADAPTACION

Julio I de Ussel plantea que la crisis se produce cuando el adulto mayor no se adapta a las nuevas condiciones, esto le genera sentimientos de inutilidad y dependencia. (Julio I de Ussel, Antonio T Requena, 2011) Santorres a firmó que una de las causas generales de tensión en muchos adultos mayores es que se ven privados de la capacidad de vivir independientemente. (Santorres 2013, 2016). Del modelo de Callista Roy, se tomó estos aspectos.

La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”.

Esta evolución en la visión de la realidad debe llevar a los profesionales a cuestionar su actitud en la práctica y a la aplicación del proceso de enfermería, mirando al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como hasta ahora se venía haciendo. Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio.

Con base en lo anterior, se puede considerar que el quehacer de la práctica de enfermería debe ser más trascendente. El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación.

Algunos de los avances logrados en la evolución del modelo teórico de Callista Roy, desde nuestra perspectiva, son:

### **Sistema Adaptativo Humano: SAH**

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

### **Ambiente**

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de

la persona y de los recursos del mundo”. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en él establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

### **Estímulos**

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Ella los clasifica así:

Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.

Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.

Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Roy también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.

Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.

Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.

Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.

Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varía si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física. Si, por el contrario, la caída ocasiona una fractura de fémur, las consecuencias de esta situación pueden ser catastróficas e incluso las complicaciones de la inmovilidad pueden llevar a la muerte.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

El análisis permanente de la relación estímulo–respuesta permite al profesional de enfermería determinar la prioridad e individualidad de los planes de cuidado, y de esta manera pueden ajustarse a los cambios que se presentan en el nivel de adaptación.

### **Nivel de adaptación**

Según Roy, “el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO<sub>2</sub> elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.

### **Mecanismos de enfrentamiento**

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, y ha seleccionado el modelo de:

Luria para explicar el procesamiento de la información, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras.

Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional.

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial.

## **Salud**

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

## **Meta de enfermería**

Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad. (Callista Roy, 1999)

### **1.5 NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADULTO MAYOR EN SITUACION DE SOLEDAD:**

La autoestima en la tercera edad consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo, cuando estas son positivas hablamos de un buen nivel de autoestima. La autoestima positiva es ser útil, por lo tanto no puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescindan de él. (Orosco C, 2015)

## **El síndrome de la soledad**

Álvarez define el síndrome de la soledad como un "estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida". (Álvarez EA., 1996, 2008)

La Organización Mundial de la Salud, utiliza el término de envejecimiento activo, en este sentido: "El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar

físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Se trata de promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

Centrándonos en modelo de Dorothea Orem, desde su teoría del autocuidado; se toma uno de los requisitos universales. "El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad."

En su teoría del déficit del autocuidado, desarrolla la razón por lo cual una persona se puede beneficiar de enfermería. La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tiene limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudan a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

El metaparadigma desarrollada en esta teoría, Persona; la actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios. Cuidados enfermería; los grupos de los seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás. La actividad humana se ejercita descubriendo desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros. Salud; los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones. Entorno; los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza. (Dorothea Orem, 2014).

**Sensación subjetiva de soledad:** Los investigadores han examinado el papel de las relaciones sociales satisfactorias de las personas mayores en el desarrollo de su capacidad de resistencia, de recuperarse después de las adversidades y de crecer a partir de las tensiones de la vida. Los

resultados mostraron grandes diferencias en los índices de deterioro de salud física y mental con la edad.

Las consecuencias para la salud son fatales: sentirse aislado de los demás puede interrumpir el sueño, aumentar la presión arterial, incrementar el aumento matutino del cortisol (hormona del estrés), alterar la expresión génica de las células inmunitarias, aumentar los niveles de depresión y reducir el estado de bienestar subjetivo general.

En su trabajo, menciona el artículo de Cacioppo quien no habla tanto de la soledad como aislamiento físico en sí, sino más bien de la sensación subjetiva de aislamiento. Es esto lo más perturbador. De hecho, las personas mayores que viven solas no tienen por qué sentirse solas si permanecen socialmente comprometidas y disfrutan de la compañía de quienes les rodean. Algunos aspectos del envejecimiento, como la ceguera y la pérdida de la audición, sin embargo, ponen a las personas en un riesgo especial para de aislamiento y soledad.

En base a los resultados, Cacioppo indica que las personas mayores podrían evitar las consecuencias de la soledad mediante el contacto con antiguos compañeros de trabajo, participando en tradiciones familiares y compartiendo buenos momentos con la familia y amigos. Estos momentos regalan a los adultos mayores la oportunidad de conectar con otras personas por las cuales se preocupan y viceversa. (Nuria Llavina, 2012).

### **Soledad, a ratos**

Aunque algunas personas aseguran ser felices estando solas, la mayoría de los individuos se desarrollan a partir de situaciones sociales en las que se presta apoyo mutuo y se desarrolla una relación fuerte. Y es una cuestión evolutiva. A lo largo de los años el propio desarrollo humano ha llevado a las personas a trabajar juntas para sobrevivir. Como consecuencia, la mayoría de las personas disfrutan de la compañía frente a la soledad. (Nuria Llavina, 2012).

SOLEDAD Y GÉNERO VIVIENDO EN SOLEDAD: Sobre la familia textos tomados de bibliografía de varios autores

El hombre primitivo ante las adversidades del medio y su urgencia de transformarlo a su favor, organizó la vida en grupos, cada uno de los cuales tenía una estructura propia, que establecía entre sus miembros las más variadas reglas de subsistencia y de relaciones sociales. En la misma medida en que el grupo humano fue desarrollándose, aumentó su necesidad de organización más compleja y eficaz. La familia es, pues, el resultado de todo este largo y complejo proceso de evolución del hombre.

La familia, independientemente de las grandes transformaciones del mundo contemporáneo, sigue siendo el hábitat natural del hombre. Constituye el grupo primario del ser humano, en ella el hombre experimenta sus primeras emociones, sus vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento y le da un sentido a su vida.

Roca 1998, es este el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad: "la familia es a la sociedad como la célula al tejido, de igual manera que no es posible la existencia de tejidos sanos si las células están enfermas, tampoco puede haber sociedad sana si la familia está enferma"

El concepto de familia varía de acuerdo al enfoque de quien lo emite. El Código de Familia Cubano, promulgado el 8 de marzo de 1975, expresa literalmente: "La familia constituye una entidad en que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y el interés personal puesto que, en tanto célula elemental de la sociedad contribuye a su desarrollo y cumple importantes funciones en la formación de las nuevas generaciones y, en cuanto centro de las relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos y sus hijos y de todos con sus parientes, satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de la persona."

Igualmente esta definición cambia si enfocamos a la familia en cuanto a su extensión: familia nuclear: la formada por padres e hijos que conviven bajo el mismo techo; familia extensa, en la que se incluyen otros parientes, abuelos, tíos, primos; familia ampliada cuando se incluyen otras personas que no tienen lazos consanguíneos; reensamblada; la familia de segundas o terceras nupcias, también llamadas de los "astros", donde conviven hijos de matrimonios diferentes, y por tanto padrastros o madrastras, hermanastros, entre otros.

En esta clasificación, faltaría la familia denominada censal, la que nos ocupa en el presente trabajo, constituida por una sola persona, la que pudo ocupar diferentes roles en la estructura de una familia anterior, que convivía bajo su mismo techo: hijo o hija, esposo o esposa, madre o padre... pero que en la actualidad vive solo o sola. (Mayra O Hernández, 2005)

Ares p. 2002, "La familia hoy día comparte elementos de cambio que, aunque se deban a procesos y determinantes diferentes de acuerdo con el contexto, expresan tendencias similares, tales como un incremento de la divorcialidad, una reducción del tamaño promedio de la familia, un incremento de las uniones consensuales, una diversificación creciente de los tipos de familia y formas de convivencia, un incremento de la esperanza de vida y de la longevidad, por mencionar algunas tendencias actuales."

Según esta autora, la definición estructural de familia agrupa tres criterios diferentes:

Consanguíneo; Familia son todas aquellas personas con vínculos conyugales o consanguíneos. (Se destaca el parentesco)

Consanguíneo; Familia son todas aquellas personas con vínculos conyugales o consanguíneos. (Se destaca el parentesco)

Afectivo; Familia son todas aquellas personas que tienen un núcleo de relaciones estables. (Se destaca el grado de estabilidad de los vínculos afectivos)

Cohabitacional; Familia son todas aquellas personas que cohabitan bajo un mismo techo, unidos por constantes espacio-temporales. (Se destaca el marco de referencia medio ambiental, el hogar)

Como puede apreciarse, actualmente el universo de familias en cualquier escenario social es múltiple y disímil: hogares unipersonales, nucleares completos, incompletos, reensamblados, de jefatura femenina, monoparentales, heterosexuales, homosexuales, son muestras de las múltiples formas y los arreglos familiares.

Desde el punto de vista social la familia constituye la institución base y el medio natural para el desarrollo de sus miembros. Para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que han desaparecido; la proveedora y a veces única fuente de protección y la promotora de autoestima, pues se siente vinculado con otros al participar en la vida hogareña junto a hijos, nietos y demás familiares.

En el medio familiar se apoya fundamentalmente la vida afectiva de los ancianos. La familia por lo general se ocupa de ellos y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para un porcentaje de este grupo poblacional: de ahí podría valorarse lo que implica para un anciano carecer de un medio familiar.

González 1983, en el marco de estas relaciones en el núcleo familiar y la sociedad, el hombre es capaz de formarse un concepto sobre sí mismo, sus capacidades, cualidades, intereses, así como la propia valoración que hace sobre lo que siente y piensa, estamos hablando de autovaloración, que resulta un regulador importante del comportamiento, pues se expresa directamente en la forma de actuación del hombre ante las urgencias del medio, ante las diferentes metas que se traza, así como en la propia selección de los objetivos y motivaciones de su actividad.

En el I Encuentro Iberoamericano de Asociaciones de Adultos Mayores, celebrado en Cuba, en 1996, se presentó una interesante ponencia, elaborada a partir de debates masivos realizados en comunidades cubanas. En ella los ancianos expusieron la importancia de la relación familiar para la tercera edad y declararon que "... la no satisfacción de las necesidades básicas de afecto por la

familia, origina respuestas de inmovilidad, encierro, aislamiento, angustia, postergación y hasta depresión, que en algunos casos puedan ser profundas."

## SOBRE LA ANCIANIDAD

El lema de la Sociedad Gerontológica es: "Añadir vida a los años, no simplemente años a la vida. (Similar sentencia podemos escuchar en una canción del guatemalteco Ricardo Arjona: "... no le quite años a su vida, póngale vida a los años...").

(Papalia y Wendkos, 1998), a las personas de mayor edad se les llama "...ciudadanos mayores, personas de la edad dorada, personas de edad avanzada, ancianos, personas más viejas, personas en años de cosecha o personas en el crepúsculo y más recientemente, personas cronológicamente dotadas."

La edad adulta tardía es la etapa del desarrollo durante la cual las personas clarifican y encuentran utilidad para aquello que han aprendido a través de los años. Las personas pueden continuar creciendo y adaptándose si son flexibles y realistas, es decir si aprenden como conservar su fortaleza, adaptarse al cambio y a las pérdidas y usar estos años de manera productiva.

Aun en la última etapa de la vida es erróneo generalizar sobre las personas. Lo que surge es un cuadro, no de ancianos, sino de seres humanos individuales, algunos necesitados y débiles, pero la mayoría independientes, saludables y participativos. Las personas de edad avanzada son un grupo diverso, con fortalezas y debilidades individuales. "La edad adulta tardía es un periodo normal del trecho de la vida, con su propia naturaleza especial, sus tareas de desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico.

Erik Erikson y Kivnick 1986, estudioso de esta etapa de la vida, considera que las personas de avanzada edad enfrentan una necesidad de aceptar su vida, la manera como han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima. Resulta saludable luchar por lograr un sentido de integridad, coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

En la actualidad existe una tendencia a describir a las personas de edad avanzada de dos maneras: los viejos jóvenes, quienes independientemente de su edad real son vitales, vigorosos y activos y los viejos, que constituyen la mayoría enferma y frágil. Puesto que el número de personas saludables y vigorosas de más de 65 años, aumenta con rapidez, se hipotetiza que tal vez en el futuro será necesario hablar de que la vejez comienza a los 85 años.

En este sentido, ha corroborado Orosa, especialista con amplia experiencia en el estudio de esta etapa de la vida: "La llamada tercera edad, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los sesenta años, asociada al evento de la jubilación laboral." "... aparecen expresiones acerca de los `viejos jóvenes` o adultos mayores de las primeras décadas, y de los viejos o ancianos añosos para marcar la idea de cambios.

(Salvarezza, 1995) "La vejez es un tema conflictivo, no solo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, o como hijo, como colega, como socio, como vecino, o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras grandes ciudades." este autor ha realizado una sistematización acerca de las principales teorías acerca de la vejez.

Las necesidades, preferencias y gustos de los ancianos, aparecen atravesadas por prejuicios sociales sobre la edad. Se identifican limitaciones físicas de carácter estético, sexual, asumidas dentro de ese modelo conservador o tradicional de vejez, pero también como expresión de conflictos ya que desde lo individual se reporta la posibilidad de capacidades que les son más bien negadas por prejuicios al respecto.

Sobre algunas diferencias de géneros en los adultos mayores

Es menor la expectativa de vida de los hombres que de las mujeres; las mujeres de mayor edad tienen tres veces mayor probabilidad de ser pobres que los hombres. (Por la pérdida de los esposos, a la que los hombres, tanto viudos como divorciados, en un porcentaje mayor, encuentran la solución de contraer nuevas nupcias, opción rara vez disponible para las mujeres); las mujeres de mayor edad tienen también más probabilidades que los hombres de vivir solas; los problemas de salud de las mujeres tienden a ser crónicos, a largo plazo, mientras que los hombres tienden a desarrollar enfermedades mortales a corto plazo.

Según los autores, (Papalia y Wendkos, 1998,) Las mujeres ancianas sobrepasan en número a los hombres ancianos: Algunos observadores lo explican por diferencias en los estilos de vida: En la superficie podría parecer que las mujeres son más enfermas, ya que reportan más casos de enfermedad, van al médico con más frecuencia y guardan cama más a menudo que los hombres, sin embargo, más sensibles a los síntomas de su cuerpo, reportan síntomas más a tiempo para ser tratadas. "Otra explicación posible es el mayor nivel de apoyo social de que disfrutaban las mujeres de edad avanzada, Ellas están más cercanas que los hombres a sus hermanos, tienen

mayor probabilidad de contar con amigos de confianza y perciben más apoyo de la comunidad religiosa"

"El apoyo social se ha asociado a la vida más larga"; los hombres están menos satisfechos con las amistades y las actividades no relacionadas con el trabajo;

Beauvoir, citado por Orosa 2003 "Si bien el tema de la viudez ha sido estudiado de manera general, resultaría interesante un análisis de género en ese sentido, pues -por ejemplo- cuando ocurre la viudez en el hombre este vivencia mayor soledad que la mujer viuda; o sea, que "... las personas que padecen de desolación son más los viudos que las viudas." Existen diferencias de género en ser abuelo. Las abuelas tienden a sostener relaciones más cercanas y afectuosas y a servir más como madres sustitutas que los abuelos. Los padres de la mujer tienen mayor posibilidad de estar más cerca de los hijos que los padres del padre y a involucrarse más.

#### Sobre soledad

Es este un fenómeno universal que en muchas ocasiones tiende a ser visto como negativo o displacentero. Las teorías sobre la soledad han emergido desde la psicología y la sociología. Muchos de los conocedores de estas materias coinciden al expresar que este problema que nos ocupa es una emoción que está ligada a factores situacionales.

Algunos estudiosos del tema exponen y creen que la soledad comienza en la niñez, se refuerza en la adolescencia y continúa en la vida adulta; en la sociedad moderna tres son los factores fundamentales que han traído consigo su incremento: una disminución en los grados de amistad entre los grupos poblacionales, un incremento de los movimientos geográficos y un incremento también de los movimientos sociales.

De manera general en la literatura aparecen referencias que la clasifican en tres categorías:

Aguda; es temporal, no se refiere como un problema que requiera de intervención profesional.

Situacional; basada en un evento específico de la vida, por ejemplo, mudarse a un nuevo sitio, divorcio, ir a un nuevo colegio, entre otras. Produce generalmente reacciones secundarias como dolor de cabeza, disturbios en el sueño, depresión, ansiedad y otros.

Crónica; cuando la soledad pasa de dos años sin eventos traumáticos aparentes, convirtiéndose en una forma de vida. Estas personas tienden a tener amistades superficiales, debido a que su limitación está en establecer relaciones interpersonales.

García 1984, En las personas más adultas la soledad está relacionada con el status socioeconómico más que con la edad y la enfermedad. "En esta edad de la vida se observa envejecimiento psíquico como un proceso multifactorial que muestra características psicológicas típicas como el decrecimiento de su capacidad amnésica, dificultades en la atención, alteraciones de la voluntad, extenuación del neurodinamismo cortical y priman sentimientos de soledad, aislamiento, así como la conciencia de estar viviendo la etapa final de su existencia."

Por lo general se considera que alguien está solo cuando no mantiene comunicación con otras personas o cuando percibe que sus relaciones sociales no son satisfactorias. Tres características definen la soledad: es el resultado de relaciones sociales deficientes, constituye una experiencia subjetiva ya que uno puede estar solo sin sentirse solo o sentirse solo cuando se halla en grupo; y, por último, resulta desagradable y puede llegar a generar angustia.

Relata Dell"Ordine J L. que: "... en las comunidades tradicionales la soledad es un fenómeno poco frecuente, basado la mayor parte de las veces en motivos externos (enfermedades, sentimientos de culpa). Frente a ello, en las actuales sociedades industriales aparece el fenómeno del aislamiento del individuo, serio problema que requiere tratamiento psicológico, ya que la incomunicación puede provocar algunas enfermedades, como la depresión. Una de las causas más frecuentes es la debilidad relacional, es decir, la incapacidad para establecer relaciones personales. Asimismo la soledad, involuntaria o aparentemente elegida, es un trastorno psicosocial (hastío del mundo) que indica el inicio de determinadas etapas vitales, como la pubertad o la vejez." (20)

Artículos tomada desde la teoría de Jung. Jung ve las personas mayores cómo todavía se esfuerzan para desarrollarse a sí mismos, dado que cree que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona ve fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung propone que esta tendencia aparezca por primera vez en la mitad de la vida, y observa que la expresión del potencial de género que está oculto aumenta en la tercera edad. Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto. Jung propone que dentro de cada persona existe una orientación hacia el mundo exterior, que domina extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llama introversión. En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya sale adelante y la vida profesional llega a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. "Para una persona joven", escribió Jung (1969), "es casi un pecado

o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma". Debido a la influencia que el entorno tiene sobre todas las personas, habrá rasgos de personalidad que se mantengan iguales y otros que se atemperen, dichos cambios están directamente influenciados por el deterioro físico y el grado de dependencia que el adulto mayor haya o no adquirido. Pensamiento postformal de Jean Piaget. Piaget considera que el elemento más importante del pensamiento son las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite en ocasiones al pensamiento postformal. La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos. En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real. Esta madurez de pensamiento, o pensamiento postformal, se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura, característica del pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas. El pensamiento postformal también se caracteriza por un desplazamiento de la polarización (correcto Vs. Incorrecto, lógica Vs. Emoción, mente Vs. Cuerpo) hacia una integración de conceptos. En el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece. En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. La gerontología se interesa principalmente en los cambios que ocurren entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos. Numerosas diferencias individuales existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente. El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del arcus senilis (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas viejas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez, alrededor de los 80 años, pero en otras personas puede notarse a los 50. Con el paso de los años estos cambios en el organismo, algunos de ellos visibles otros no, se

acentúan y requieren que las personas hagan ajustes para realizar las actividades cotidianas. Algunos de estos predisponen a las personas mayores a tener problemas de salud relacionados con esos cambios. A continuación se resumen algunos de ellos y los problemas de salud asociados.

Piel, uñas y pelo: - La piel se vuelve seca y arrugada. - La piel se vuelve más delgada y frágil. - Decrece la función de las glándulas sudoríparas. - Se aumenta el riesgo de insolación. - El pelo se vuelve más fino. - Las uñas se vuelven gruesas y ásperas (especialmente la de los pies).

Sistema Respiratorio: - Disminuye la expansión pulmonar. - Aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

Sistema Cardiovascular: - Incrementa la arteroesclerosis. - Incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón. - Incrementa el riesgo de presión alta. - Incrementa el riesgo de enfermedades vasculares periféricas.

Sistema Gastrointestinal: - Disminuye la movilidad gastrointestinal. - Aumenta el riesgo de constipación.

Sistema Urinario: - Disminuye la capacidad de la vejiga. - Incrementa el riesgo de incontinencia vesical. - Incrementa la concentración de la orina. - Aumenta el riesgo de infección en la vejiga.

Sistema Inmune: - Aumenta el riesgo de contraer infecciones.

Sistema Músculo-Esquelético: - Disminuye el calcio de los huesos. - Aumenta el riesgo de osteoporosis. - Disminuye la masa muscular. - Disminuye la fortaleza muscular. - Disminuye la movilidad de las articulaciones. - Incrementa el riesgo de osteoartritis.

Sistema Nervioso: - Disminuye el equilibrio y la coordinación. - Lentitud en los reflejos. - Incrementa el riesgo de caídas.

Disminución Perceptiva. Sensorial. Cambios en la visión: - Disminuye la visión nocturna - Disminuye la percepción de colores - Disminuye visión periférica - Disminuye producción lagrimal - Incrementa la sensibilidad al resplandor - Incrementa el riesgo de caídas

Cambios auditivos: - Disminuye la habilidad de distinguir - Sonidos de alta frecuencia - Disminuye la audición

Cambios del gusto y olfato: - Disminuye la cantidad de papilas gustativas. - Disminuye el sentido del olfato - Riesgo de una nutrición deficiente

Lo prevaleciente es la noción de que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte. Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales psicológicas. Hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, salud física y albergue. La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Las investigaciones señalan que se empieza a envejecer antes de los 65 años.

Ya para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física. También aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades. Se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad. Finalmente, de una manera inexorable, unos antes y otros después, viene la declinación general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades. Depende mucho de los que le rodean. Si las relaciones con otros son tirantes, el anciano busca el aislamiento y la soledad. El temperamento puede ponerse agrio. Surge en muchos casos la mala salud física. Los ingresos económicos pueden ser insuficientes. Hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, la situación no es fácil para la persona vieja ni para sus relacionados. El anciano no quiere constituir un estorbo. Para los familiares, el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones. En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales. Una vez más se reconoce que la personalidad humana es una integración, una totalidad indivisible. Todos sabemos que una persona sufrida, en el aspecto emocional, envejece físicamente de la noche a la mañana. Se debe reconocer desde un principio que, al encarar la personalidad humana, estamos afrontando un conjunto de fuerzas intrapsíquicas en interacción con la cultura y la biosfera, es decir, el ambiente total en que se desenvuelve la vida del hombre. La lucha del ser humano, en todo momento de su vida, es lucha dentro de un ambiente físico, social y cultural. No se puede negar que a lo largo de la vida se van reduciendo los recursos de adaptación del ser humano. En muchos sentidos, envejecer no es otra cosa que la pérdida de esta capacidad de adaptación donde la familia juega un papel primordial. (Ivonne S Pérez. Marisol L P Ferrás. Noris E G Ortiz, 2008)

Por el instituto de cervantes de tokio acerca del aprendizaje en la tercera edad “Los seres humanos, con tal tengan una duración de la vida normal, pasan por una serie de etapas desde el nacimiento hasta la muerte, que se denominan edades de la vida, y se reducen fundamentalmente, a tres. La primera, que es de progreso, constituye la juventud; la segunda que es de estabilización y equilibrios, es la adultez y la madurez, y la última que precede a la muerte es de regresión, o sea, la senectud o vejez.” Referente a estas divisiones hay diversas opiniones, por ejemplo, la psicóloga Norma Tamer afirma que “la división de la vida en fases o etapas es un tema discutible si se concibe la existencia del hombre como un continuum, un transcurrir sin cortes artificiales.” Hace unos años, debido a la revolución de la longevidad, surgió un nuevo término para referir la última

etapa de la vida, la cuarta edad. Es decir, las personas jubiladas, todas incluidas antes en el colectivo tercera edad, podrían dividirse en dos subgrupos: las personas que mantienen sus habilidades físicas y psíquicas en su totalidad y desempeñan un papel activo en la sociedad, y las personas cuyas funciones se ven reducidas por la disminución de sus capacidades, y necesitan ayuda de otros para mantener cierto bienestar. Aunque no hay una delimitada barrera de edad, la cuarta edad incluiría a las personas en la última fase, cuyos años de vida son escasos. Según un documento publicado por la Comisión Social de los Obispos de Francia, este último periodo de vida viene acompañado, además de una degradación de la salud, de un sentimiento de soledad y pérdida, y una cierta incertidumbre hacia la proximidad del final de la vida. Mediante estas divisiones se vuelve a percibir que tampoco hay consenso en la separación o clasificación de las diferentes etapas vitales, especialmente en sentido cronológico. No obstante, parece que todos los autores coinciden en que, los individuos pasan por una serie de transformaciones en el transcurso de los años que viven. Por tanto, sí que existe consenso en la afirmación de que, en un proceso de vida normal, Cit. en Revista Decisio (2006). Eurostat (1995). Bulletin du Secrétariat de la Conféce des Évêques de France (2002). Toda persona experimenta una etapa de envejecimiento. En los años 70, la OMS definió el envejecimiento de un individuo como: “Un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios, característicos para las especies, durante todo el ciclo de vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los órganos de un mismo individuo o de distintos individuos no son iguales”. Por tanto, independientemente de las nomenclaturas utilizadas, de las etapas que abarca, y de las connotaciones otorgadas por los diferentes autores, el envejecimiento es una fase en la vida de todas las personas, de la misma forma que lo es el crecimiento o el desarrollo vital. El envejecimiento es un fenómeno con características individuales, y varía en razón a la vida que haya llevado cada persona. Depende de diversos factores, tales como la calidad de vida, las circunstancias del entorno del individuo, las ganas de vivir, la ilusión e implicación en tareas o proyectos, etc. En los adultos mayores es por tanto, un proceso sujeto a diversas circunstancias, como lo es en otros sectores de la población. El envejecimiento en las personas mayores. El colectivo de adultos mayores engloba a un grupo con características muy variadas y diferentes. Sin embargo, y aunque de formas nada homogéneas, en todos los mayores se produce un envejecimiento, un proceso de cambios que conlleva una disminución de la adaptación con respecto al medio, y un posterior ajuste de su vida de acuerdo con estas transformaciones. Como toda etapa de la vida, el envejecimiento confronta puntos negativos y positivos.

Si bien cualquier clasificación de los mismos es posiblemente incompleta relacionada con consideraciones individuales, o grupales, y juicios de valores, es importante conocer los desafíos y oportunidades que supone envejecer, por lo que aquí una clasificación establecida por el psicólogo Richard S. Lazarus (2006): Entre los principales puntos negativos destacan: Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, Informe de Comité de Expertos de la OMS (2001). La proximidad de la muerte es un tema de preocupación, aunque a veces se niegue o evite. Las personas mayores deben de enfrentarse a lo que supone acercarse a un momento tan nombrado y estudiado, y a la vez tan desconocido. · Las personas mayores viven en una sociedad a la que han visto cambiar y que sigue cambiando, donde los valores establecidos y seguidos en el pasado, a menudo se transforman y dan paso a otras formas de vida, de las que resultan las llamadas brechas generacionales. · Las desventajas físicas por problemas de salud es otra de las experiencias negativas con las que deben lidiar las personas de edad, si bien unos casos son mucho más serios que otros. · Los mayores se enfrentan al sentido de pérdida de utilidad, generalmente ligado a la jubilación del trabajo que han realizado toda la vida, si bien es cierto que esto puede variar en función de las diferentes actividades y estilos de vida que las personas adopten en la vejez, y especialmente a la sensación de sentirse útiles para otros en aquello que hacen. Los principales puntos positivos son los siguientes: · La mayoría de los adultos mayores disfruta de las satisfacciones de la jubilación, siempre y cuando tengan otras actividades que llenen su tiempo. El fin de la actividad laboral propiamente dicha, puede suponer la eliminación del estrés laboral, más tiempo para participar en otras actividades, viajar, o estar con la familia y los amigos, e incluso si uno lo desea, seguir ejerciendo proyectos laborales sin la presión de antaño.

Para muchos mayores, la atención hacia hijos y nietos es placentera, y es en esta época en la que pueden dedicarles más tiempo, debido a la reducción de otras obligaciones. El potencial de hacer cambios en uno mismo, puede ser una gran satisfacción. Por ejemplo, lo que pudo parecer importante en la adolescencia y adultez, puede que no lo sea en la vejez, y por tanto, los adultos mayores pueden deshacerse de esos valores y metas ahora contraproducentes o irrelevantes para su felicidad, y que quizás siempre lo fueron. El abandono de éstos requiere sabiduría, cualidad que no está garantizada por la edad, al igual que no lo están la inteligencia o la educación, si bien existe cierta evidencia de que las personas mayores tienen mayor habilidad que los jóvenes para aceptar realidades dolorosas y reírse de ellas. En matrimonios que han vivido juntos durante muchos años, existe una comunicación especial, donde los momentos y circunstancias compartidos están cargados de un significado emocional solo compartido o entendido por ellos. Aunque este rasgo no es universal, cuando ocurre, según Lazarus es una de las experiencias más gratificantes de

hacerse mayor. Es por esta razón, por lo que la muerte de un esposo o una esposa es tan dolorosa y causa de soledad y angustia en la ancianidad. Las dificultades de los mayores se basan, por tanto, en dificultades físicas, en pérdidas emocionales y miedos, relacionados con lo desconocido de la muerte y los cambios que la sociedad sufre y de los que ellos ya no se consideran partícipes. Estos factores desarrollan en los adultos mayores una sensación de confusión y una sensibilidad especial hacia cualquier tipo de transformación o variable.

Por otra parte, y de forma positiva, esto provoca una mayor costumbre y adaptación a los cambios sociales, una mayor seguridad en sí mismos y en lo que es realmente importante o válido para sus vidas, y el desarrollo de relaciones y lazos afectivos estables y verdaderos. Todos estos factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de valorar y considerar a las personas de tercera edad.

Consideraciones La tercera edad tiene socialmente un inicio cronológico, pero es también un concepto cultural, que puede ser visto de innumerables maneras dependiendo de quién o a quién se refiera y en qué cultura: “En diversos pueblos indígenas americanos un anciano es el individuo que sobrevive cuando ya han muerto la mayoría de los miembros de su grupo (lo cual tiene que ver con sus relaciones sociales); en la cultura occidental es considerada anciana la persona que está jubilada (lo que tiene que ver con la legislación laboral, ya que el trabajo es el factor central en la vida de los occidentales); mientras que en algunas sociedades africanas, el anciano es el individuo que por razones de edad ha perdido algunos dientes y tiene dificultad para masticar.”

Tradicionalmente, en las sociedades orientales la vejez ha sido siempre venerada y ligada a la sabiduría. Los ancianos eran los poseedores de los conocimientos que harían a los pueblos continuar su evolución. En occidente, debido a la relación del término con la jubilación, los ancianos han sido relegados a una vida más pasiva y en ocasiones, cargados con prejuicios de inactividad e improductividad. Actualmente el aumento de la esperanza de vida y las mejoras en la medicina, hacen que personas que en otras épocas pudieran considerarse ancianas, estén en plena posesión de sus capacidades y sigan ejerciendo una vida activa como cualquier otro adulto. Es cierto que el envejecimiento provoca la disminución o pérdida progresiva de ciertas estructuras del cuerpo humano; las personas mayores no ven ni oyen tan bien, o caminan tan rápido como cuando eran jóvenes, no están dotadas de la misma fuerza física ni respiratoria y pueden perder el equilibrio más fácilmente. (María G Bedoya, 2008)

Sin embargo, la OMS declara que estas pérdidas están más relacionadas con la falta de entrenamiento o actividad que con el proceso de envejecimiento. Por otra parte, muchos adultos mayores no ven estos factores como un impedimento para su rutina diaria, lo que les hace llevar

una vida satisfactoria y plena. El sentimiento de vejez es un proceso individual, una decisión de cada persona.

En palabras de J. Guijosa Allosa, “solo es viejo el que ha dimitido de sus posibilidades creativas frente al mundo de los seres y las cosas, y es bien cierto que muchos ancianos fallecen a muy altas edades sin haber conocido la vejez.” La terminología utilizada para designar a este grupo etario es, como se ha visto, muy variada. No diferenciaremos en este estudio ninguna preferencia en particular. Sin embargo, utilizaremos en mayor medida, el término tercera edad y el término adulto mayor. El primero, tercera edad, se refiere por lo general al colectivo de personas mayores de 60 o 65 años y retiradas de la actividad laboral. Personas pertenecientes a este grupo de la población son las que dedican parte de su tiempo a actividades educativas, entre ellas el aprendizaje de idiomas. El término adulto mayor ha sido más utilizado en estudios demográficos para designar a las personas mayores de 65 años, en la Revista Senecio (2006). En la Revista San Pablo (2008). Bien es un término ampliamente utilizado en el campo de la educación, para designar a las personas inscritas en universidades y programas de mayores o de la tercera edad. Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas, en su informe de 200724, considera adultos mayores o personas pertenecientes a la tercera edad, no solo a las que se encuentran en la última etapa de su vida, sino a aquellas cuyos roles sociales y actividades han cambiado, en el sentido de realizar otras funciones a las realizadas anteriormente, generalmente por cesión o reducción de su actividad laboral principal. Al tratarse de un estudio de aprendizaje en un contexto institucional, refiere además, a individuos que presentan condiciones saludables física y mentalmente, autónomos, y pertenecientes a un determinado estatus social y económico. Todas estas características serán analizadas en profundidad.

Como resumen de todas las opiniones mostradas hasta el momento, se considera que la tercera edad es otra etapa de la vida, una parte más. A veces ha sido atribuida con injustos prejuicios sociales y psicológicos, mitos que surgen del miedo y el desconocimiento. Hoy en día está compuesta de personas con una mayor esperanza de vida que antaño, pero cada uno con sus características y diferencias individuales, como en cualquier otro grupo. Envejecer es un hecho biológico, pero el envejecimiento tiene rasgos sociales y culturales. Ninguna sociedad debería, por tanto, desestimar a los mayores, ni tampoco tratarlos con excesiva condescendencia, sino ayudarles a aprender a vivir la ancianidad y crear una actitud social positiva hacia ella.

El aprendizaje de lenguas extranjeras, en el caso que nos ocupa, del idioma español, es a menudo una fuente motivadora y una respuesta a las ganas de aprender de este peculiar grupo; el ejercicio

de la mente la mantiene sana y puede conformar un estilo de vida que lleva en muchos casos a la prolongación de la vida.

En diciembre de 1991, la Asamblea General de la ONU adoptó una serie de principios a favor de las personas mayores de 30 años, alentando a los gobiernos a incluirlos en sus programas nacionales. Estos principios, basados en el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento de 1982, reconocen la diversidad de los adultos mayores y el aumento de personas mayores con buena salud física, y se dirigen hacia la importancia de este grupo en las sociedades actuales.

Los principios para los mayores son Independencia; tener acceso a alimentación, agua, protección, vestimenta y cuidados médicos adecuados a través de ingresos, apoyo familiar y ayuda de la comunidad, así como de su propia autosuficiencia; tener la oportunidad de trabajar o el acceso a otras oportunidades de obtener ingresos; poder participar en la determinación de cuándo y de qué forma debería darse su retirada laboral; tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; vivir en lugares seguros y adaptados a sus preferencias personales y a los posibles cambios que sufran. (Maria G Bedoya, 2008)

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Tipo de abordaje cuantitativo, y con un diseño metodológico descriptivo prospectivo transversal, será descriptivo porque se describirá las variables soledad en el adulto mayor en sus cuatro dimensiones, nivel de autoestima, sexo y frecuencia de participación, partiendo de las problemáticas tal como se presenta en la investigación, para determinar las relaciones causales de las hipótesis.

En este tipo de estudio por lo general están enfocados a la identificación de factores de riesgos, predisponente o contribuyentes a la aparición de dichos problema.

Según la concurrencia del fenómeno a investigar el estudio será prospectivo, porque se pretende partir de un fenómeno a observar en el periodo del primer semestre de 2018, sobre la información y las medidas que adopta la población en dicho momento en una sola medición, por lo mencionado anteriormente, según el seguimiento en el tiempo y/o número de mediciones en las unidades de análisis el estudio será trasversal.

### **SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Escuela gerontológica de dependencia Municipal de adultos mayores de la zona centro de la ciudad de Rosario, donde se realizó una guía de convalidación de sitio (Ver anexo I) para evaluar si en ese lugar se encontraban las variables que se quería estudiar y la población de estudio, siendo este el primer control de validez interna. (Ver anexo III).

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se trabajará con la población total que asiste a la escuela de gerontología municipal durante el primer semestre del año 2018. Según datos provenientes del relevamiento, la población total es aproximadamente 300 adultos (Ver anexo III), tratando de alcanzar un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 5%.

Cabe destacar que con el relevamiento no se pudo dar a conocer la proporción de hombres y mujeres, desde coordinación manifiesta que los datos son muy fluctuante porque no se puede llevar un control muy seguido para mantenerse al tanto de esos dato ya que las actividades que se brinda en esa institución no tiene fechas de inscripción en un tiempo determinado sino que varía mucho,

porque los talleres y cursos surgen en cualquier fechas del año y son varias. Pero sí se puede llevar un control a medida que se va haciendo la actividad y las encuestas. (Ver anexo III).

Criterio de inclusión: Todas las personas que participan de manera activa a las actividades que brinda esta institución ambos sexos serán incluidas, excepto, algunas personas que se encuentran bajo tratamiento de depresión o están diagnosticados; esto genera el segundo nivel de validez interna.

Cabe destacar que con respecto a la validez externa, el alcance de los resultados será generalizable a la población del área programática del centro estudiado.

La validez externa tiene que ver con que tan generalizable son los resultados del estudio a la población objeto.

### **TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

El método o técnica que se utilizará será la observación y encuesta. (Ver anexo II)

La ventaja esencial de la encuesta reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible observar desde afuera.

Como inconveniente es que cualquier persona encuestada podrá referir aquello que se le pregunte, pero siempre dará la imagen que tiene de las cosas que se le pregunte, a través de toda su carga subjetiva de intereses, prejuicios o estereotipos.

La ventaja principal de la observación radica en que los hechos son percibidos directamente, sin ninguna intermediación, colocándose ante la situación estudiada tal como se da naturalmente. Mediante la observación se muestra como desventaja la superficialidad o visibilidad de la realidad social.

El instrumento diseñado. Técnica encuesta – entrevista con instrumentos de recolección de datos basadas en unas escalas de opiniones y actitudes, instrumentos validados interculturalmente en 53 Países por otros autores y ha sido traducida en 28 idiomas. (Atienza B y Moreno , 2000, 2013)

Escala ESTE original para medir la soledad en el adulto mayor, validado en población adulta del municipio Antioquia, Colombia en 2008 financiada por la corporación Universitaria Remington. Escala que consta de preguntas estructuradas con varios ítems a marcar para dar cuenta del índice de incidencia del problema a estudiar. Actualmente se utiliza ambas escalas en la población adultas mayores en la Ciudad de Rosario para medir la soledad y el nivel de autoestima sin necesidad de

ser adaptadas. (Jairo L C Jiménez, Maria M V Gallego, Eucaris H Villa, Ángela Q Echeverri, 2010).

Se considera en todo proceso y en cada etapa de la investigación los principios éticos, ya que el objeto del estudio es la población comprendida por un solo centro escuela de adultos mayores, y el saber científico que se obtenga ha de estar al servicio del hombre y la comunidad.

Se tienen en cuenta los principios Éticos de respeto por la dignidad, se brinda la información completa y participación voluntaria en el estudio, con trato justo para preservar la intimidad de los participantes, el principio de Beneficencia/No Maleficencia, que es sobre todo no dañar, respetando las respuesta ligadas a la privacidad, asegurando a los participantes que se mantendrá la confidencialidad, y bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos de la entrevista será revelados ni difundidos, además las entrevistas serán anónimas.

También con el principio de justicia se garantizará un trato justo reclutando y seleccionando a los participantes en forma equitativa y representativa. (Ver anexo II). Tomando como referencia el área programática a los que concurren al sitio seleccionado de la zona centro.

La variable sexo, se brindará solo el dato para cruzar con otras variables al igual que la variable frecuencia de participación.

La demás variables compleja, soledad con sus cuatros dimensiones y el nivel de autoestima. La opción de la respuesta dentro de una escala de Likert con ítems y valor numérico del 1 al 4.

## *OPERACIONALIZACIÓN*

Variable soledad: dimensión I. Soledad conyugal. Los indicadores son:

- Alguien de mi familia me presta su apoyo.
- Me preocupo por mi familia.
- Siento que pertenezco a mi familia.
- Me encuentro a gusto con la gente.
- Tengo amigos a quien recurrir cuando necesito consejo

Dimensión II. Soledad social. Los indicadores son:

- Tengo amigos con quien compartir.
- Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones.
- Podría contar con mis amigos si necesitara ayuda.
- Me siento cercano a mi familia.
- Me siento solo cuando estoy con mi familia.
- Siento que no le importo a nadie.
- Lo que es importante para mí, no parece importante para los demás.

Dimensión III. Soledad familiar. Los indicadores son:

- Tengo personas apreciadas cerca de mí.
- Alguien de mi familia se preocupa por mí
- Mis amigos y familiares realmente me entienden.
- Mi familia es importante para mí.
- Tengo una pareja que quiere compartir su vida conmigo.
- Estoy enamorada/o de alguien que me ama.
- Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo que necesito.
- Tengo alguien que llena mis necesidades emocionales.
- Me gusta la gente con la que salgo.
- Podría contar con amigos si necesitara ayuda.
- Me siento satisfecho con los amigos que tengo.
- Tengo amigos con los que comparto mis opiniones.
- Me siento aislado, sin apoyo, sin comprensión cuando cuento mis problemas.
- Siento que no soy interesante.

Dimensión IV. Crisis de adaptación. Los indicadores son:

- Contribuyo que mi pareja sea feliz.
- Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie.
- Me siento aislado de los demás.
- A medida que voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí.
- Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes.
- Me siento solo.
- A veces siento que la vida no merece la pena de ser vivida.
- Tengo miedo de muchas cosas.

Toda estas dimensiones de soledad da la información definida en un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o no y la posibilidad de obtenerlos se medirán la siguiente variable.

Variable nivel de autoestima. Los indicadores son:

- Me siento una persona tan valiosa con las otras.
- Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.
- Creo que tengo algunas cualidades buenas.
- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.
- Creo que tengo mucho de lo que estar orgulloso.
- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.
- En general me siento satisfecho conmigo mismo.
- Me gustaría tener más respeto por mí mismo.
- Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.
- A veces pienso que no sirvo para nada.

La variable nivel de autoestima que adopta la población referida, con procedimiento estructurado que por escrito el individuo refiere sobre aquella situación que solo puede ser medible mediante las respuestas de sus indicadores.

Todas las son cualitativas nominales y menos una variable cuantitativa, pero al darles valor se transforma en cuantitativas ordinales.

Los instrumentos se aplicarán en la comunidad total en el centro donde se desarrollará el estudio; previo a esto se realizó una prueba piloto (Ver anexo IV) donde se probaron los instrumentos generando así el tercer control de validez interna.

Se realizará la encuesta con la previa firma del consentimiento informado. Se brindará la información necesaria con respecto a los objetivos del estudio, con una predisposición a contestar en forma abierta cualquier pregunta o sugerencias, dejando en claro el carácter anónimo de sus respuestas y la confidencialidad de los resultados.

## **PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION DE DATOS**

Se va a contar con un estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería que curse el segundo año de esta, llevándolo previo al sitio donde se realizará la investigación y se le explicará la modalidad de la investigación, el propósito de la misma y los controles que debe tener durante la recolección de datos. Esto hace referencia al cuarto control de validez interna.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

La primera variable soledad se divide en cuatro dimensiones:

Soledad conyugal con sus cinco indicadores de respuestas de opinión múltiple al que se le asignará un valor mínimo de 5 puntos y un máximo de 20 puntos, el cual arrojaría si el resultado es:

De 1 al 8 bajo índice de soledad conyugal.

De 8 a 15 índice de soledad conyugal medio.

De 15 a 20 un alto índice de soledad conyugal.

Soledad social con sus 7 indicadores donde el puntaje mínimo es de 7 y un puntaje mayor de 28 puntos, el cual arrojaría de 1 al 9 bajo índice de soledad social.

De 9 a al 19 índice de soledad social medio.

De 19 al 28 índice de soledad social alto.

Soledad familiar con sus 14 indicadores con un puntaje mínimo de 14 puntos y un puntaje mayor de 56 puntos, el cual arrojaría si el resultado es de 1 al 20 bajo índice de soledad familiar.

De 20 al 36 índice de soledad familiar medio.

De 36 a 56 índice de soledad familiar alto.

Crisis de adaptación con sus 8 indicadores donde el puntaje mínimo es de 8 puntos y un puntaje mayor de 32 puntos, el cual arrojaría si el resultado es de 1 al 10 bajo índice de crisis de adaptación.

De 10 al 21 índice de crisis de adaptación medio.

De 21 al 32 índice de crisis de adaptación alto.

La suma de los distintos indicadores reconstruirá la variable, arrojando diferentes valores a cada unidad de análisis. Para los indicadores de esta variable con respuesta dicotómica se utilizará un gráfico de torta.

La segunda variable nivel de autoestima que contienen indicadores con respuestas dicotómicas. A esta variable se asignará un puntaje mínimo de 10 puntos y un puntaje mayor de 40 puntos, las posibilidades de respuestas se expresará en nivel alto, medio o bajo y se confeccionará un gráfico de barra simple, el cual arrojaría si el resultado es de 1 al 13 bajo nivel de autoestima.

De 13 a 25 nivel de autoestima medio.

De 25 a 40 nivel de autoestima alto.

La variable sexo, esta variable cualitativa en escala nominal simple y frecuencia de participación variable cuantitativa se utilizará solo los datos para cruzar con otras variables. Luego de analizadas las distintas variables con sus dimensiones se cruzarán los datos en una tabla de doble entrada para saber si hay asociación entre lo que se dice y lo que es de acuerdo a los resultados. Para lo cual se deberá consultar con los medios estadísticos y con dichas medidas estadísticas inferenciales se realizará la prueba de las hipótesis.

## **PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA**

Se comenzará la ejecución de la investigación el día 01 de Marzo del 2018, imprimiendo 300 copias de las encuestas, y el consentimiento informado, con financiamiento propio.

A partir del 02 de Marzo se aplicará los instrumentos de recolección de datos en la escuela gerontológica hasta el 21 de marzo.

Desde el día 05 de abril se comenzará con la tabulación y resumen de los datos obtenidos para concluir día 20 de Abril, a la consulta y asesoramiento con el profesional de estadística.

Entre el 29 de Abril y 20 de Mayo se elaborará el informe final contrastando con la hipótesis planteada.

Para finalizar se harán dos presentaciones a la comunidad seleccionada del proyecto finalizado en la escuela de adultos mayores los días 01 y 20 de junio del 2018.

	01/04/2018	02/04/2018	05/04/2018	20/04/2018	29/04/2018	01/06/2018
		8	8	8		8
Aplicación de instrumentos		De 08:30 hs a 12 hs 10 día hábiles por la mañana y diez días hábiles por la tarde de 13hs a 18 hs				
Tabulación de datos			Del día 05 hasta el 20 de abril en el horario 08 a 12 hs			
Asesoramiento con profesional estadístico				En el horario de 08hs a 12 del mediodía		
Elaboración del informe final					Entre el 29 de Abril y 20 de	

					Mayo de 08hs a 12 hs	
Presentación a la comunidad						Primera presentación el día uno de junio y la segunda el día 20 de junio.

# ANEXOS

## ANEXO I

### GUIA DE CONVALIDACION DE SITIO

#### LISTA DE CONVALIDACION DEL SITIO

- a) Cantidad de población.....
- b) Cantidad de hombres.....
- c) Cantidad de mujeres.....
- d) Actividades recreativas.....
- e) ¿Tienen planificado realizar viajes?.....
- f) Épocas ocas en donde hay más participación en las actividades.....
- g) Accesibilidad.....
- h) ¿Tienen empleo?.....
- i) ¿La mayoría son jubilados?.....
- j) Cuentan con cobertura médicas.....

k) Tipos de actividades que se realiza en la institución.....

l) ¿Con que frecuencia participan en las actividades?.....

## ANEXO II

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

#### ESCALA (ESTE) ORIGINAL

Marque las respuesta que considere correcta, puede encerrarlo en círculo o tildar.

		Muy en desacuer do	En desacuer do	De acuerdo	Muy de acuerd o
1	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1	2	3	4
2	Mi familia se preocupa por mí	1	2	3	4
3	No hay nadie de mi familia que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera	1	2	3	4
4	Realmente me preocupo por mi familia	1	2	3	4
5	Realmente pertenezco a mi familia	1	2	3	4
6	Me encuentro a gusto con la gente	1	2	3	4
7	Tengo amigos a los que recurrir cuando necesito consejo	1	2	3	4
8	Mis amigos y familiares realmente me entienden	1	2	3	4
9	Mi familia es importante para mí	1	2	3	4
10	Tengo a alguien que quiere compartir su vida conmigo	1	2	3	4
11	Estoy enamorado de alguien que me ama	1	2	3	4

12	Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	1	2	3	4
13	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1	2	3	4
14	Contribuyo a que mi pareja sea feliz	1	2	3	4
15	Tengo amigos con los que comparto mis opiniones	1	2	3	4
16	Mis amigos entienden mis intenciones y opiniones	1	2	3	4
17	Me gusta la gente con la que salgo	1	2	3	4
18	Podría contar con amigos si necesitara ayuda	1	2	3	4
19	No me siento satisfecho con los amigos que tengo	1	2	3	4
20	No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos	1	2	3	4
21	Me siento cercano a mi familia	1	2	3	4
22	Me siento solo cuando estoy con mi familia	1	2	3	4
23	Me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4
24	No me siento importante para nadie	1	2	3	4
25	Lo que es importante para mí no parece ser importante para la gente que conozco	1	2	3	4

26	Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4
27	Me siento aislado de los demás	1	2	3	4
28	Siento que no soy interesante	1	2	3	4
29	A medida que me voy haciendo mayor, se ponen las cosas peor para mí	1	2	3	4
30	Me molestan ahora las cosas pequeñas más que antes	1	2	3	4
31	Me siento solo	1	2	3	4
32	Siento que conforme me voy haciendo mayor soy menos útil	1	2	3	4
33	A veces siento que la vida no merece la pena de ser vivida	1	2	3	4
34	Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4

#### Escala de autoestima de Rosemberg (RSE)

Marque las respuesta que considere correcta, puede encerrarlo en círculo o tildar.

		Muy en desacue rdo	En desacue rdo	De acuer do	Muy de acuer do
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo alguna cualidades buenas	1	2	3	4

4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Mary Matilde Riveros, estudiante de último año de la carrera de Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

El motivo por lo cual se ha seleccionado este grupo de participantes, es para realizar un trabajo de investigación en los adultos mayores sobre la soledad en sus distintas dimensiones y el nivel de autoestima. Durante el primer semestre de 2018.

Sepa usted que tiene la absoluta libertad de decidir en participar y rescindir algunas preguntas que le genere incomodidad o si no se entienden bien alguna preguntas puede consultar para aclararles la dudas.

Tengan en cuenta que su participación no tiene ningún efecto indeseable y es totalmente anónima.

**He leído la información y me ha sido explicado en que consiste dicha investigación.**

**Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo derecho a rescindir y obviar algunas preguntas que me afecte.**

Nombre del participante:

DNI:

Firma:

Fecha:

## **ANEXO III**

### **RESPUESTAS DE CONVALIACION DE SITIO**

#### **LISTA DE CONVALIDACION DEL SITIO**

El centro cuenta con una cantidad de población de 300 adultos aproximadamente, la cantidad de hombre y mujeres se desconoce por el momento, en el transcurso de la realización del estudio se podrá conocer con precisión los números ya que los datos son muy fluctuante por el hecho de que las actividades son continuas y las inscripciones en las distintas actividades son varias veces en el año y dificulta llevar un control estricto. El centro cuenta con un amplio espacio físico, flexible a la comunidad y por ende hay mucha participación, la mayoría de los adultos que concurren en esta institución son jubilados y pensionados, lo que se conoce que la gran mayoría pertenece a PAMI, y se está reclamando a las autoridades locales para tener una cobertura de asistencia inmediata dentro de la escuela para el caso de que sea necesario ya que por las características de ser adultos mayores es necesario contar con esos recursos. Las actividades que brinda esta institución son varias, cursos de idioma, teatros, coros, y otros talleres y actividades recreativas y de relajación que dentro de estas actividades se tiene en cuenta que son de manera gratuita y las aranceladas. La frecuencia en que participan en dichas actividades depende de la época invernal que hay menos participación por no querer exponerse al frío por miedo a enfermarse, pero en el verano hay mucha participación y demuestran mucho interés, El centro realiza actividades recreativas ya sea viajes, o encuentros dentro de la ciudad para promover la integración de los grupos, por momentos no se tiene planeado ningún viaje, se planeara más adelante cuando ya están cercas del fin de año, para cerrar el año lectivo ya que el centro permanecerá cerrada para las actividades por vacaciones todo el mes de enero.

## ANEXO IV

### RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

La prueba piloto fue tomada al azar realizando visitas a domicilio, no se tuvo la necesidad de modificar el instrumento y no generó por lo que se observó y lo que refieren los participante ninguna incomodidad, a pesar de que no se respondió 2 ítems de una de las encuestas, y una duración estimada de 20 minutos para cada encuesta entre lectura de los instrumentos explicarlos en que consiste, y que la participación es voluntaria y anónima, que pueden obviar alguna preguntas que no deseen responder, el cual arrojó un resultado positivo, y participaron en forma voluntaria respondieron tal cual se les explicó.

Capacitación del encuestador: para el caso de que sea necesario, se contará con una estudiante del segundo año de la carrera de Licenciatura en enfermería llevando al sitio para conocer y para que la conozcan y hacerle la demostración de la modalidad y que controles debe tener en cuenta durante la encuesta.

La validez interna hace referencia a la concordancia de los resultados con la realidad investigada, actividades planeadas y realizadas en todas las partes del diseño que pretenden cuidar esa validez. Cuando se pone a prueba la validez interna del diseño, el investigador se pregunta si midió lo que quería medir en función de sus objetivos.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Age Watch. (2015). *Índice global de envejecimiento*. Help Age international: pdf.
- Alfonzo J.p. (30 de marzo de 2016). soledad familiar. *soledad en el adulto mayor*, pág. 1.
- Álvarez EA. (1996, 2008). *La amistad en la edad avanzada*. Barcelona: Gerocomos rincon científico comunicaciones.
- Atienza B y Moreno . (2000, 2013). Escala de autoestima. En R. 1965, *Escala de autoestima de Rosemberg* (pág. 1). valencia : Princeton University Prees - Revista de Psicología Universitas Tarraconensis.
- Callista Roy. (1999). El modelo de adaptación. En C. Roy, *Modelo de adaptación* (pág. 2° ed. pag 32). Los Ángeles California: Appleton y Lange.
- Cardona J, Jairo L, Villamil G, Maria M, Henao V, Eucaris, Quintero, Echeverri. (2013). *sentimiento de soledad en adultos*. Medellin, Colombia: Redalyc , revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- D Sequeira daza. (2012). *la soledad en los adultos mayores, factores protectores de riesgo*. chile: pdf.
- Dorotea Orem. (2014). *La teoría del autocuidado*. Cuba: pdf . scielo.sld>cu>rme040614.
- El telégrafo. (08 de abril de 2017). soledad y aislamiento marcan las vidas de los adultos mayores. *palabra mayor*, pág. 1.
- Estefani A C Lange. (2015). *relacion entre el sentimeinto de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores*. Lima Perú: Universidad Alas Peruana. Obtenido de investigaciones realizadas por la facultad de psicología .
- Ginebra. (2015). *incremento de adultos mayores, cambios sociales*. Washington: OPS OMS.
- Ilse J Villavicencio-Ramírez Rosario R Álvarez. (2014). nivel de autoestima de las personas adultas mayores. *nivel de autoestima de las personas adultas mayores, 4 / 5*.
- Ivonne S Pérez. Marisol L P Ferrás. Noris E G Ortiz. (2008). *teorías del cambio de envejecimiento*. Cuba: COCMED Coreo científico médico.
- Jairo L C Jiménez, Maria M V Gallego, Eucaris H Villa, Ángela Q Echeverri. (2010). *escala ESTE. Investigación y Educación en Enfermería*, 421.
- Jiro L Cardona J, Maria M V Gallego, Eucaris H Villa, Ángela Q Echeverri. (2013). sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B*, Vol 32 Núm 1.
- Julio I de Ussel, Antonio T Requena. (2011). los mayores y el amor. En P. S. Días, *efectos de la soledad sobre la salud emocional* (pág. 3. 1. 2). España: IMSERSO 2000.
- Katie Hafner. (2016). *una epidemia de soledad*. The New York Times: Universidad Maimónides.
- M Montero L Lena. (2001). *la soledad como fenómeno psicológico*. México: pdf Redalyc.
- M. Rodriguez M . (2009). *Soledad en el anciano*. Santa Cruz: scielo.isciiies>scielo.
- Maria G Bedoya. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad*. Tokio: Universidad Nebrija <https://www.scribd.com/document/ap>.

- Mayra O Hernández. (2005). *soledad y género, viviendo en soledad*. Cuba: El centro de tesis, documentos y publicaciones educativos más amplio de la red ( monografias .com).
- Nuria Llavina. (2012). *La soledad en la tercera edad*. EEUU: Harvard Medical School Boston (sciencedaily).
- Orosco C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Redalyc .org, persona* , 95.
- Santorres 2013. (2016). Terapia de Arte. En C. V, *Líneas de expresión, arte de terapia con adultos mayores en contexto comunitario* (pág. 102). Santiago de Chile: Repositorio Universidad de Chile Facultad de Artes.
- Valentina F Borba. (2015). *El adulto mayor y su entorno social como agente de cambio*. Montevideo Uruguay: pdf.
- Valentina F Borba. (2015). *soledad en la vejez*. Montevideo Uruguay: pdf .

