

**CARACTERIZACION DEL MAYOR ADULTO QUE SE ENCUENTRA  
VINCULADO AL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO, Y SU  
RELACIÓN CON LA FAMILIA**

**ELIZABETH MARTINEZ LOPEZ**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología**

**2004**

**CARACTERIZACION DEL MAYOR ADULTO QUE SE ENCUENTRA  
VINCULADO AL DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO  
Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA**

**ELIZABETH MARTINEZ**

**Informe Final de Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el  
título de PSICOLOGA**

**Asesora:**

**Mg. PATRICIA GONZALEZ**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología**

**2004**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Presidente**

---

**Jurado A**

---

**Jurado B**

**San Juan de Pasto, mayo 27 de 2004**

**GERARDO URIBE**

*En los momentos de adversidad, se conoce*

*Quien es y como es cada persona,*

*Y en mis momentos de adversidad encontré en ti,*

*A un hombre que además de ser un Psicólogo,*

*Un docente, un amigo, es un ser humano espléndido*

*Y valeroso a quien le debo el entender*

*Que solo los seres débiles se esconden detrás del poder*

*Pues los seres fuertes viven frente al éxito como*

**TÚ**

*Gracias por enseñarme esto*

**ELIZABETH**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Patricia Gonzales, quien me alentó a olvidar todo lo pasado y comenzar de nuevo, quien con su firmeza de carácter y honestidad me impulso para ser una mejor profesional, quien además de ser docente es un ser humano virtuoso y tenaz.

A Maria Mercedes Castañeda, quien como una estrella fugaz iluminó mi camino en el proceso de investigación.

A los funcionarios del Centro Gerontológico de Nariño: Ivon, Luz Marina y Juan Carlos quienes participaron de mi aprendizaje en la realización de este proceso investigativo.

A las mujeres Mayores Adultas quienes dejaron una huella inolvidable en mi vida.

A mi familia y amigos quienes me dieron una voz de aliento cuando las adversidades me hacían desfallecer.

## **Abstract**

The biggest Adult's Characterization was carried out in the Centro Gerontológico of Nariño whose population is a small group conformed by 10 people; the investigative process required of theory on the Social Psychology, besides complementation with the Psychology of the Senility, Psicología Geriátrica and Gerontology with a handling of the Enfoque Cognitivo, because they are these, the base of the investigation; the methodological limits for which this study is governed are understood by the qualitative and so alone methodology a minimum part that for the characteristics of the results, you handling in a quantitative way; the tools that were used were: questionnaires, interviews, clinical histories and field newspapers; the application and development of these instruments demanded a period of time of three months; the procedure needed an approach to the population by means of interaction with this; it is important to stand out the difficulty presented in the analysis and structuring of the work, because the information was complex for its classification and corresponding interpretation, by means of which was found that the population's 90% is single women who suffer of physical, mental limitations, they also present a social and family deterioration, where its social nucleus is limited people linked to the Center, showing the necessity to outline programs of physical and social rehabilitation.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
TABLA DE CONTENIDO	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE FIGURAS	
Abstract	
Resumen	2
INTRODUCCIÓN	3
TEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
Sistematización del problema	9
OBJETIVOS	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
MARCO CONTEXTUAL	11
Ubicación geográfica	11
Objetivo	11
Lema	11
Servicios que ofrece	11
Internado	11
Centro día	12
Guardería	12

Servicio de recuperación	12
Descripción del Centro Gerontológico de Nariño	12
Misión del Centro Gerontológico de Nariño	13
MARCO TEÓRICO	14
PSICOLOGÍA SOCIAL	14
INVESTIGACIÓN CON ANCIANOS	18
LA SENESCENCIA	19
“VIEJO JOVEN”, “VIEJO VIEJO” Y “VIEJO DE EDAD AVANZADA”	22
CAMBIOS ORGÁNICOS Y FÍSICOS	24
Envejecimiento del cerebro	25
Funcionamiento sensorial y psicomotor	26
Funcionamiento sexual	27
Modificación de la personalidad en la edad avanzada	27
ESTILO DE VIDA Y ASPECTOS SOCIALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO	29
Trastornos psicopatológicos del periodo involutivo	31
La familia	32
Soledad, aislamiento y dependencia en la vejez	34
Antecedentes laborales y jubilación	35
Orientación de la familia del anciano	38
Hogar	39
Necesidades y opciones de cambio de alojamiento	42
Vivir en instituciones	42
Una casa no es un hogar	43



TERAPIA CON ANCIANOS	42
Apoyos ambientales	44
ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO Y EN COLOMBIA	46
POLÍTICAS GUBERNAMENTALES PARA LA ATENCIÓN DE LA TERCERA EDAD.	48
Legislación Colombiana	48
Antecedentes Histórico – Jurídicos	48
Normas específicas de Protección a la Ancianidad	48
Decreto 2011 de 1976	49
Decreto 77 de 1987	49
La Constitución de 1991	49
Seguridad Social y Ley 100 de 1993	49
NIVEL INSTITUCIONAL: LOS PROGRAMAS ESTATALES	51
Programas de Atención para Mayores Adultos	51
La Red de Solidaridad Social y las Políticas de Atención al Mayor Adulto	52
Otras Entidades que poseen Programas para la Población de Mayores Adultos	53
Cajas de Compensación Familiar	53
Próvida: Plan Canitas	54
MARCO CONCEPTUAL	55
Senectud	55
Senilidad	55
Mayor Adulto	55
Vejez	55

Aislamiento	56
Soledad	56
Ancianato	56
Percepción social	56
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>57</b>
Enfoque	57
Tipo de estudio	57
Unidad de análisis	57
Unidad de trabajo	57
Instrumentos	58
Cuestionarios	58
Entrevista	58
Diarios de campo	58
Historias clínicas	58
Procedimiento	59
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>62</b>
Quién es el mayor adulto	62
Diagnóstico y enfermedades	62
La familia y sus visitas	63
Su trabajo rindió frutos	64
¿Por qué y desde hace cuánto llegaron aquí?	65
¿Envejecer es deteriorarse?	66
Vejez desde quien la vive	66
¿La vejez tiene personalidad?	74

Diez años más, diez años menos	78
Un presente sin futuro	79
El paso inevitable del tiempo libre	82
¿Y las relaciones familiares y sociales también sufren su propio deterioro?	86
¿Por qué estoy aquí?	87
Mis relaciones familiares antes eran...	92
Mis relaciones familiares hoy son...	95
¿Será que me comunico y se comunican conmigo?	100
Amigos que olvide y me olvidaron	105
Un mejor trato para la vejez	108
Un mejor ingreso al hogar	108
Trato adecuado del mayor adulto	110
¿Y cómo es la persona que los cuida?	112
Desde su llegada hasta hoy	114
En el nuevo hogar lo que le gusta al mayor adulto es...	115
¿Y lo que no le gusta al mayor adulto?	116
Fortalezas del mayor adulto	117
Debilidades del mayor adulto	119
DISCUSIÓN	122
RECOMENDACIONES	134
CONCLUSIONES	136
REFERENCIAS	140
ANEXOS	142

Anexo 1. Formato de Cuestionario	143
Anexo 2. Formato Entrevista con Mayores Adultos	146
Anexo 3. Formato segunda Entrevista con Mayores Adultos	147
Anexo 4. Formato tercera Entrevista con Mayores Adultos	148
Anexo 5. Formato Entrevista con funcionarios	149
Anexo 6. Formato segunda Entrevista con funcionarios	150
Anexo 7. Formato de tercera Entrevista con funcionarios	153
Anexo 8. Formato Entrevista con familiares	154
Anexo 9. Formato de segunda Entrevista con familiares	155
Anexo 10. Formato tercera Entrevista con familiares	156

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. <u>Esperanza de vida en Colombia</u>	47
Tabla 2. <u>Tasa bruta de Natalidad en Colombia</u>	48

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1.</u> Organigrama del Centro Gerontológico de Nariño	13

## **Abstract**

The biggest Adult's Characterization was carried out in the Centro Gerontológico of Nariño whose population is a small group conformed by 10 people; the investigative process required of theory on the Social Psychology, besides complementation with the Psychology of the Senility, Psicología Geriátrica and Gerontology with a handling of the Enfoque Cognitivo, because they are these, the base of the investigation; the methodological limits for which this study is governed are understood by the qualitative and so alone methodology a minimum part that for the characteristics of the results, you handling in a quantitative way; the tools that were used were: questionnaires, interviews, clinical histories and field newspapers; the application and development of these instruments demanded a period of time of three months; the procedure needed an approach to the population by means of interaction with this; it is important to stand out the difficulty presented in the analysis and structuring of the work, because the information was complex for its classification and corresponding interpretation, by means of which was found that the population's 90% is single women who suffer of physical, mental limitations, they also present a social and family deterioration, where its social nucleus is limited people linked to the Center, showing the necessity to outline programs of physical and social rehabilitation.

## Resumen

La Caracterización del Mayor Adulto se realizó en el Centro Gerontológico de Nariño cuya población es un grupo pequeño conformado por 10 personas; el proceso investigativo requirió de teoría sobre la Psicología Social, además de complementación con la Psicología de la Senectud, Psicología Geriátrica y Gerontología con un manejo del Enfoque Cognitivo, pues son estas la base de la investigación; los lineamientos metodológicos por los cuales se rige este estudio están comprendidos por la metodología cualitativa y tan solo una mínima parte, que por las características de los resultados, se maneja de forma cuantitativa; las herramientas que se utilizaron fueron: cuestionarios, entrevistas, historias clínicas y diarios de campo; la aplicación y desarrollo de estos instrumentos demandó un periodo de tiempo de tres meses; el procedimiento necesitó un acercamiento a la población por medio de interacción con ésta; es importante resaltar la dificultad presentada en el análisis y estructuración del trabajo, pues la información fue compleja para su ordenamiento y correspondiente interpretación, mediante la cual se encontró que el 90% de la población son mujeres solteras, quienes padecen de limitaciones físicas, mentales, presentan además un deterioro social y familiar, donde su núcleo social es limitado a las personas vinculadas al Centro, mostrando la necesidad de plantear programas de rehabilitación física y social.



## **CARACTERIZACIÓN DEL MAYOR ADULTO QUE SE ENCUENTRA VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO Y SU RELACIÓN CON LA FAMILIA**

La vejez es una etapa que se concibe de acuerdo a la cultura, y es por esta razón que el objetivo de éste estudio se dirige a conocer las características del mayor adulto vinculado al Centro Gerontológico de Nariño, teniendo en cuenta que la OMG a designado a las personas mayores de 60 años como mayores adultas para tener un punto de referencia en esta investigación, además de procurar una identificación sobre el tipo de relación familiar que tienen estas personas, para determinar qué tanto la teoría se asemeja a la realidad más próxima. Este proceso de investigación pretendió caracterizar al mayor adulto, conocer sus vivencias y sus conceptos, para ello se utilizó una metodología cualitativa, el primer acercamiento se realizó a través del cuestionario que por sus resultados necesitó un manejo cuantitativo, es tan solo una mínima parte, que no incide de forma importante en la metodología cualitativa con la que se manejó el resto de la investigación, que fue encaminada a cualificar las características del grupo estudio que implicó la utilización de entrevistas además de utilizar las historias clínicas y diarios de campo que complementaron este estudio.

La importancia de la investigación radicó en acercar la teoría a las vivencias propias de la ciudad de Pasto; al menos en una pequeña población como es la que está vinculada al Centro Gerontológico de Nariño, y con ello conocer los problemas que afrontan los ancianos de la población objeto de estudio.

**TEMA**

## Caracterización del mayor adulto

### **Planteamiento del Problema**

Teniendo en cuenta que la ancianidad es una etapa de poco estudio, y al ser una población aparentemente abandonada, se ve la necesidad de abordar este tema con el fin de identificar las características principales de un grupo de personas que vive en una Institución encargada de velar por su bienestar y desarrollo y el tipo de relación que mantienen con su familias. Siendo que el envejecer es un proceso natural, se puede aprovechar la experiencia y sabiduría de la población mayor adulta mejorando la calidad de vida y sobre todo la forma como se concibe a este sector. La población geronte se esta incrementando debido a que las expectativas de vida aumentan (ver Tabla 1 y Tabla 2) y está población se ha visto afectada por la situación económica y política del país, razón por la cual el nivel de vida del mayor adulto se ha dejado de lado. Se puede encontrar que casi el 80% de la población de propectas han sido abandonados por diferentes razones y tan solo el 20% son jubilados y tienen contacto con su familia, sin embargo se puede observar que el estado de salud mental y físico del anciano no es prioridad para la mayoría de familias y relegan esta actividad a las Instituciones, olvidando de esta manera que el afecto y atención de las personas cercanas se constituye en parte fundamental de la intervención clínica al paciente gerontológico para hacer efectivos sus tratamientos.

Sin lugar a dudas, las características del mayor adulto y motivación familiar hacen el complemento necesario para elevar la calidad de vida del mayor adulto, para ello fue necesario contar con la colaboración de casi la totalidad de la población vinculada al Centro Gerontológico de Nariño incluyendo a los

funcionarios. Para el desarrollo efectivo de la investigación se diseñaron estrategias y herramientas acordes a las características individuales de las personas grupo de estudio y al propósito de la investigación para que la información que se recogiera fuera confiable y válida, y de ésta manera proporcionar una visión concreta y verdadera de la caracterización del mayor adulto y su relación con la familia.

### **Formulación del Problema**

¿Cómo caracterizar al mayor adulto que se encuentra vinculado al Centro Gerontológico de Nariño y su relación con la familia?

### **JUSTIFICACIÓN**

Lehr (1988) afirma a propósito de este tema: El individuo en vías de desarrollo experimenta una confrontación con determinadas tareas vitales, “típicas” de acuerdo con la edad correspondiente, provienen, en primer lugar, de la situación *corporal*, es decir, del estado del desarrollo biológico y del estado de salud; en segundo lugar, dependen de las normas y expectativas culturales de la sociedad y quedan definidas a partir de la situación *social*; en tercer lugar, de las expectativas particularmente *individuales* y juicios de valor propios de la personalidad. La solución de dichas tareas, que son tanto de origen endógeno como exógeno, exige un enfrentamiento con la nueva situación y una nueva orientación; significa, por tanto, el “desarrollo”, en el sentido de una modificación de las vivencias y del comportamiento humanos en el curso de un proceso vital que abarca desde el nacimiento a la muerte (p. 44).

El envejecimiento es una etapa más del desarrollo vital, etapa que al igual que las anteriores exige un proceso de adaptación al sujeto. La edad cronológica es un factor que por sí sólo no incide significativamente en la senescencia, pues esta la determinan multitud de variables distintas que juntas explican de manera global las consecuencias y efectos de la vida anterior y la forma como influyen en la edad propecta. Es por lo tanto comprensible, como la cultura ha tergiversado la percepción de la ancianidad, pues esta es un símbolo que anuncia que tan próxima está la muerte, es así como la imagen que se tiene de la vejez se asocia con deterioro, fracaso, soledad e inutilidad entre otros; de ahí la despreocupación y distancia que se mantiene sobre este tema, el presente y futuro de los últimos años de la tercera edad tanto a nivel físico como psicológico se encuentran sin la atención que ella requiere, esto es visible al revisar las concepciones propias

sobre la vejez, esta visión se convierte en un problema que requiere investigación y trabajo. La población de la tercera edad se ha incrementado y se ve afectada muchas veces por el abandono, el maltrato, el aislamiento, entre otras, existen Instituciones que se encargan del cuidado de esta población, son hogares en los cuales el anciano encuentra acogida, atención médica, psicológica, alimenticia y afectiva, por lo tanto es importante la identificación de las características generales de estas personas con el fin de que con la estructuración de mecanismos y manejo de los ancianos y sus familias, para poder brindarle condiciones que ofrezcan un adecuado nivel de vida, además de fortalecer las debilidades y aprovechar las fortalezas de estas personas .

La senescencia es una etapa que requiere un reconocimiento de los aspectos que tal vez se dejaron en el olvido, porque existían compromisos sociales, laborales y familiares se considera un periodo de reestructuración, de ahí la necesidad de un apoyo emocional de la familia y amigos, al existir un cambio de rol del sujeto, modifica en su totalidad su vida cotidiana y la de las personas que lo rodean; la salud es una de las variables que inciden directamente en el nivel de atención que requiere el sujeto, el estudio que se realiza se basa en la población perteneciente a una Institución, ya que las razones por las que el sujeto se encuentra en estos lugares matizan mucho más el proceso de adaptación del adulto mayor, entonces la identificación del anciano, la relación familiar y las características de la Institución permitirán conocer y acercarse más a la realidad vivida de los mayores adulto en el contexto regional, ampliando el conocimiento que se tiene actualmente.

## **SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

1. ¿Cuál es la caracterización del mayor adulto vinculado al Centro Gerontológico de Nariño en cuanto a: edad, genero, nivel educativo, estado civil, historia

familiar alrededor de la ancianidad, historia laboral, tiempo de estadía, salud física y mental?.

2. ¿Cuál es la relación existente entre el anciano que se encuentra vinculado al Centro Gerontológico de Nariño y su familia y cuáles son las debilidades y fortalezas de esta relación?.
3. ¿Cómo manejan los funcionarios de la Institución las características de los mayores adultos desde su ingreso, en su etapa de adaptación, sus debilidades y fortalezas, la relación con su familia durante el ingreso y etapas posteriores?.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos generales**

Caracterizar al adulto mayor que se encuentra vinculado al Centro Gerontológico de Nariño y su relación con la familia.

### **Objetivos específicos**

Identificar las características del mayor adulto que se encuentra vinculado al Centro Gerontológico de Nariño en cuanto a: edad, género, nivel educativo, estado civil, historia familiar alrededor de la ancianidad, historia laboral, tiempo de estadía en la Institución, salud física y mental.

Identificar la relación existente entre el anciano que se encuentra vinculado al Centro gerontológico y su familia; debilidades y fortalezas de esta relación.

Determinar cómo los funcionarios del Centro Gerontológico manejan las características de los mayores adultos desde su ingreso, en su etapa de adaptación, sus debilidades y fortalezas, la relación con su familia durante el ingreso y etapas posteriores.

### **MARCO CONTEXTUAL**

Este estudio investigativo se realizó con la población perteneciente al Centro Gerontológico de Nariño, el cual es una Institución privada que tiene



características particulares regidas por el objetivo del Centro y de acuerdo a los siguientes referentes.

### **Ubicación geográfica**

“El Centro Gerontológico de Nariño, ubicado en la ciudad de Pasto en la carrera 37ª N° 20-42 Avenida de los Estudiantes, es una entidad netamente nariñense, pionera en ofrecer programas y alternativas de bienestar para el viejo y la familia.

Ofrece atención profesional y especializada en el manejo adecuado de patologías crónicas y seniles.

### **Objetivo**

Ofrecer asistencia Gerontológico especializada al viejo y la familia para mantener una buena calidad de vida que le permita VIVIR dignamente.

### **Lema**

Servir más y mejor con calidad y eficiencia para dignificar la existencia del mayor adulto.

### **Servicios que ofrece**

#### **Internado**

Sin horario de visitas; con servicio de alimentación, arreglo de ropa, dormitorio y programas de rehabilitación; terapia ocupacional que garantiza el bienestar del viejo”.

#### **Centro día**

“De lunes a viernes no festivo de 8:00 a.m. se ofrece asistencia gerontológica, terapia física y ocupacional, manejo de tiempo libre; con alimentación adecuada y si lo desea con transporte puerta a puerta.

### **Guardería**

Cuando la familia necesita salir un fin de semana y no puede viajar con el mayor adulto se solicita este servicio.

### **Servicio de recuperación**

Si el abuelo sale del hospital o clínica y necesita un cuidado especial no hospitalario, se solicita este servicio” (Centro Gerontológico de Nariño, 2004).

### **Descripción del Centro Gerontológico de Nariño**

“El Centro Gerontológico de Nariño es una Institución privada, donde se cobra una mensualidad de un millón de pesos (\$1.000.000) por cada anciano que tenga el servicio de internado, una mensualidad de setecientos cincuenta mil pesos (\$750.000) para el servicio de centro día, este dinero incluye alimentación, recreación, atención especializada y alojamiento a los pacientes internos” J.C. Benavides (comunicación personal, marzo 16 de 2004).

“El Centro Gerontológico tiene personal capacitado para todas las áreas en las que se requiere atención (ver Figura 1), se encuentra personal especializado en medicina, gerontología, auxiliar de enfermería, servicios generales; todo el personal debe estar capacitado o tener experiencia con el trato de esta población, pues las características físicas, emocionales y mentales así lo requieren”. J.C. Benavides (comunicación personal, marzo 16 de 2004).



Figura 1. Organigrama del Centro Gerontológico de Nariño, que muestra de forma jerárquica las diferentes secciones en que se divide.

### **Misión del Centro Gerontológico de Nariño**

“La misión del Centro Gerontológico de Nariño es brindar dentro de esta Institución un bienestar a las personas de la tercera edad que tienen recursos y que ingresan a esta Institución pagando una pensión; un internado para que por medio de este se le brinden todo lo que necesita un paciente de esta edad. El paciente es quien paga por este servicio y la Institución sobrevive de los recursos que paga cada anciano por el internado” J.C. Benavides (comunicación personal, marzo 16 de 2004)

### **MARCO TEÓRICO**

## **La Psicología social, la ancianidad y los fenómenos sociales**

La Psicología Social plantea que durante la interacción del hombre con el ambiente se presentan cambios en el medio físico y social que hacen que se realicen ajustes permanentes en el individuo para lograr una adaptación óptima al nuevo medio, para todo este proceso es necesario tener en cuenta la evaluación de la conducta de los demás y de las expectativas propias. Al examinar las teorías planteadas por la Psicología Social se encuentra que:

Salazar (1995) afirma lo siguiente: La percepción no sólo depende de la naturaleza y características de la estimulación, sino que resulta afectada por los estados momentáneos o permanentes de los sujetos, el contexto en el cual se realiza el proceso y por las expectativas respecto a las consecuencias reforzantes. El hombre se encuentra inmerso en un medio físico, donde existe una estructura y una formación socioeconómica que determina el tipo de relación con el medio y con los demás hombres. En esta relación existen factores constantes, relativamente permanentes tanto físicos (natural o artificial) como sociales. Estas constancias o regularidades existen también en las conductas que el sujeto o el grupo despliegan frente al medio. Regularidades en la estimulación física, en la relación y el contacto con los demás, en las contingencias reforzantes que recibe, etc., lo cual lleva a adoptar patrones de recepción de información, procesamiento y decisión, restringidos en función de las características del ambiente (p. 79).

“Las características del medio físico y la praxis del individuo determinan cuáles aspectos de la realidad van a tener importancia para la adaptación y

supervivencia. La posición que ocupe el sujeto en el medio social y económico, determinará todo un campo de experiencias y conductas que afectarán la forma como se percibe y actúa frente al medio. Podemos, en consecuencia, suponer la existencia de una relación entre las características del medio y los mecanismos cognoscitivos y preceptuales” (Salazar, 1995, p. 81).

“En el segundo aspecto de la percepción social, la percepción de las personas; resulta más fácil la transferencia de los datos proporcionados por la investigación en la psicología de la percepción. Se ha expuesto ya que en el mecanismo de la percepción es considerablemente dinámico y dependiente de los estados y características de los sujetos ” (Salazar, 1995, p. 81).

Salazar (1995) afirma que: Las personas poseen características físicas observables al igual que los objetos, pero al percibir personas lo hacemos en función de una relación o transacción; ello implica que debemos hacer *inferencias* sobre sus características y estados no observables. Elaboramos expectativas respecto a los demás a partir de sus conductas manifiestas y suponemos la existencia de ciertos rasgos. Las acciones de los otros tienen para nosotros consecuencias. Tratamos de *predecir* el comportamiento de los demás y para ello el mecanismo de percepción es fundamental. En la percepción social predominan los juicios evaluativos y las inferencias respecto a los estados e intenciones de los otros; estas características son las que nos permiten diferenciarla de la percepción de objetos físicos, la cual se supone menos evaluativa, más factual y objetiva. (p. 81).

“La validez de los juicios en la percepción social es difícil de demostrar, no ocurriendo así con la percepción de los objetos, donde la verificabilidad es relativamente fácil” (Salazar, 1995, p. 81).

“Se han distinguido tradicionalmente distintos medios: cultural (que recoge la totalidad de las obras o producciones humanas), social (las relaciones entre los hombres), físico (geográfico, las características estables del medio ambiente). Moos (1973), Insel y Moos (1974), han presentado una clasificación de los ambientes humanos; podemos suponer que cada uno de los ellos ejerce algún tipo de influencia sobre los procesos perceptuales y cognoscitivos” (Salazar, 1995, p. 81).

Salazar (1995) afirma que: Se distinguen seis tipos de ambientes:

1. *Ecológico*: características geográficas, meteorológicas, físicas y arquitectónicas en las cuales se desenvuelven los hombres suponen una influencia relativamente permanente.
2. *Organizacional*: las organizaciones con sus estructuras y funciones determinan tipos de ambientes que afectan de un modo u otro la conducta.
3. *Características personales*: los miembros de una determinada comunidad o cultura poseen ciertos caracteres predominantes tanto en su apariencia física como en sus rasgos de tipo demográfico (edad, sexo, etc.) y en sus habilidades, organizaciones o grupos, etc.

4. *Conductuales*: en su relación con otros individuos y con los objetos del medio ambiente, se generan determinados patrones de comportamiento que pueden ser típicos para un determinado contexto social.

Estas conductas se pueden considerar como unidades ecológicas que afectan a los procesos cognoscitivos.

5. *Propiedades reforzantes*: en cada medio predominan determinadas contingencias reforzantes, sistemas de premios y castigos que generan un camino de discriminación selectiva frente a la realidad.

6. *Características psicosociales y "clima" organizacional*: trata de las dimensiones predominantes en la cultura que generan sistemas de información y expectativas frente a la realidad. Afectando la interacción de los individuos y su relación con el medio (p. 213)

Por lo expuesto anteriormente, el enfoque de esta investigación fue bajo los lineamientos de la Psicología Social, pues ésta proporciona los fundamentos teóricos pertinentes para el estudio y comprensión de las características del mayor adulto vinculado al Centro Gerontológico de Nariño, desde la perspectiva de las ancianas, funcionarios y familiares, con lo cual se logró recopilar, categorizar y formar un concepto adecuado al grupo de estudio, teniendo en cuenta también los procesos sociales y culturales en los que se desenvuelve esta población.

## **Investigación con ancianos**

Para la investigación en la población correspondiente a la ancianidad, se requiere que el profesional se enfoque a brindar ayuda a la persona geronte y a su familia para resolver problemas situacionales, es decir que no se pretende buscar cambios en la persona adulta mayor, sino más bien que esta se adapte de una mejor manera ante las situaciones que se le presenten como una posible enfermedad, la jubilación, la muerte de amigos entre otros, pues estos son muy comunes en esta época, y a diferencia que antes, estos sucesos generalmente producen una mayor alteración en el sujeto. “La intervención con ancianos y ancianas y su familia puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en tres formas: primaria secundaria y terciaria. Estas intervenciones no son mutuamente excluyentes” ( Sánchez, 2000, p. 195).

Los tres tipos de intervención con ancianos, dan luces sobre los posibles problemas que se pueden investigar en esta población, como son: salud física, mental, tipo de tratamiento que reciben, efectos de la enfermedad, efectos del tratamiento y mecanismos de adaptación de estas personas para amoldarse mejor a la etapa que están viviendo; con lo cual se puede conocer de una forma más precisa a esta población.

Según los autores estudiados durante esta investigación: Leer (1988), Carstensen (1990), Sánchez (2000), entre otros, para la investigación de esta población se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Evaluar las preocupaciones del anciano
2. Evaluar el estado mental general del anciano
3. Evaluar el estado médico del anciano



4. Evaluar la calidad de las relaciones interpersonales del anciano
5. Evaluar el nivel de actividad gratificante del anciano.
6. Abordar los síntomas de los trastornos mentales.

### **La senescencia como una etapa incomprendida**

Para comenzar a estudiar la senescencia es preciso comprender algunos conceptos, que permiten tener una visión general del significado de la vejez, con lo cual se pretende inducir paulatinamente al objetivo de la investigación sobre esta etapa.

“La vejez vista como cualidad, se aleja cada vez más de términos que la deshumanizaban. En tal sentido debemos diferenciar palabras que identifican diferentes aspectos, y representan diversas repercusiones; por ejemplo, *senectud* referida esencialmente a procesos biológicos y *senilidad* referida a procesos psicológicos o mentales. La determinación en relación con la edad, tiene diversos componentes que van desde consideraciones según el nivel de bienestar de la población, hasta los avances médicos y de participación social. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud decidió emplear el término *mayor adulto*, que abarca una visión integral, interdisciplinaria y holística, que ubica a la población en esta categoría entre los 60 o más años de edad, teniendo en cuenta que no todos los seres humanos, envejecen de forma similar, ni morfológicamente, ni funcionalmente.” (<http://www.unilibrebaq.edu.co>).

“Con el proceso de especialización que caracteriza a la modernidad, se construye un campo específico y múltiple de conocimiento que desde los

organismos mundiales, ubican a esta población entre los 60 o más años”  
(<http://www.unilibrebaq.edu.co>).

“No todos los seres humanos, sin embargo, envejecen de forma similar, ni en cuanto a *morfología* ni en cuanto a *función* se refiere”  
(<http://www.unilibrebaq.edu.co>).

“Sobre esta premisa se edifican una serie de concepciones que tratan de definir y expresar estos distintos modos de respuesta ante el paso de los años.”  
(<http://www.unilibrebaq.edu.co>).

Por otra parte, existen diferentes clasificaciones de edad, que ya se han mencionado algunas, para aclarar el término de vejez, se tendrá en cuenta las siguientes: la edad biológica, la edad social y la edad psicológica. Teniendo en cuenta que se ha identificado al desarrollo infantil como un proceso programado genéticamente regulado y unidireccional, y se reconoce al envejecimiento con características como deterioro multidireccional, no programado y desordenado, el cual se produce en todas las áreas del funcionamiento humano, desde la no regeneración de las células epiteliales hasta el deterioro de las funciones cognitivas causado por el envejecimiento de las neuronas cerebrales, pasando por el envejecimiento de los órganos. Esto es lo que se entiende por *edad biológica*. También a lo largo de la vida se puede establecer otro concepto, el de la *edad social*, indicando los roles y los hábitos sociales que desempeña un individuo respecto a los demás miembros de una sociedad. Característicos de los ancianos son el enviudar, el ser abuelo, el nido vacío, la llegada de la jubilación, entre otros.

”Conjuntamente, aunque no necesariamente de forma paralela, se producen también transformaciones, que no son obligatoriamente deterioros, en la personalidad de quien se va haciendo viejo, de modo que a lo largo de los años al mismo tiempo que puede aparecer una artritis que dificulta el movimiento, una pérdida de agudeza visual que perjudica la deambulaci3n independiente, un trastorno en las v3as urinarias que facilitan la incontinencia, una jubilaci3n que impide el desarrollo de una actividad laboral y reduce considerablemente los recursos econ3micos, tambi3n puede aparecer algo que dificulta el aprendizaje de nuevas tareas y la toma de decisiones r3pida, una mayor preocupaci3n por el sentido que la vida tiene para uno mismo, una reflexi3n mayor sobre la muerte que cada d3a es m3s inminente, una p3rdida de memoria, huecos emocionales por la p3rdida de un ser querido, sentimientos de vergüenza porque se es incontinente, y otros muchos cambios, incluyendo, por supuesto, una valoraci3n negativa subjetiva de los cambios fisiol3gicos y cognitivos que se van experimentando. Esto es la *edad psicol3gica*, definida m3s concretamente como las capacidades adaptativas de los individuos a los cambios ambientales y biol3gicos en comparaci3n con el promedio”. (<http://www.Terapiaconancianos.com>).

En funci3n de los conceptos expuestos se puede considerar que las personas que se encuentran en la senescencia son “discapacitados”, al igual que se puede considerar a todos los seres humanos indiferente de su etapa de desarrollo, pues cada una de estas presenta discapacidades t3picas de la misma. Esta discapacidad no puede ser una caracter3stica que se tome como una norma de este per3odo o espec3fica de este grupo, pues como se ha mencionado antes, esta

depende del estado de salud, y estilo de vida de cada individuo; sin embargo algunas pueden tomarse como más o menos específicas de este grupo debido al deterioro normal biológico, este cambio fisiológico viene acompañado del cambio de roles o cambios psicológicos, es por esta razón que no se puede estereotipar al anciano como “discapacitado”, aunque muchas personas provecas, pueden encontrarse discapacitadas, debido a otros factores aislados a la edad. Las diferencias individuales e idiosincrasias, generan así repercusiones a nivel de intervención psicológico-terapéutica, haciendo que los investigadores de este tema profundicen más sobre este y no comentan el nefasto error de la generalización de características.

### **“Viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”**

El envejecimiento es un proceso gradual e inevitable su comienzo se da desde muy temprana edad, debido a que es el proceso natural de todo ser vivo, viene acompañado de un deterioro que lo determinan diferentes factores, entre ellos: repertorio conductual, estado de salud, status económico, etnia, el ambiente que lo rodea tanto familiar como social, antecedentes laborales, características inherentes al sujeto como personalidad etc., la senescencia es una etapa que culturalmente esta marcada con un signo negativo cargada de preocupaciones y estereotipada como una edad de “inutilidad”, y no se ha identificado claramente cuando comienza, sin embargo los investigadores de esta etapa del desarrollo humano hacen referencia a esto:

Papalia, (2002) afirma que: En la actualidad, los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de adultos mayores: “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”.

Cronológicamente, el *viejo joven* está entre 65 y 74 años, y por lo general es activo, vital y vigoroso; el *viejo viejo* está entre 74 y 84 años, y el *viejo de edad avanzada* está entre 85 y más. Este grupo de edad es muy probable que sea débil, se enferme y tenga dificultades para realizar alguna actividad de la vida diaria (p. 639).

Existe otra clasificación aún más importante y clara, es la edad funcional, que indica cuando una persona puede o no desempeñarse de forma independiente en los ámbitos laborales, sociales y familiares; esta no depende directamente de la edad cronológica sino de otro factor como la buena salud. El deterioro no se presenta de forma espontánea, este al igual que el envejecimiento es un proceso gradual e inevitable, y se fundamenta en las conductas saludables o no saludables del individuo durante toda su vida, es decir, que las personas que han mantenido una vida saludable, en su vejez disfrutarán de lo mismo.

La clasificación sobre los viejos de Papalia (2002), se utiliza mejor teniendo en cuenta la funcionalidad del adulto mayor, si este es saludable y activo se denominaría como “viejo joven” y si por el contrario es enfermizo y frágil se denominaría como “viejo de edad avanzada”.

Dentro del proceso evolutivo del hombre se vive diferentes etapas, cada una con características propias, la evolución biológica produce una maduración y envejecimiento, ineludibles para todo ser humano, la edad adulta y la ancianidad son etapas en donde la persona ya ha alcanzado su mayor desarrollo a nivel biológico, psicológico y social, las consecuencias de la vida pasada se sentirán en esta etapa, el deterioro será más una consecuencia de enfermedades que una consecuencia misma de la edad. La dificultad de determinar cuando una persona

se encuentra en la senescencia, depende de factores que la misma cultura no ha dejado tener en cuenta, si bien es cierto que el exterior de una persona revela con frecuencia el transcurso del tiempo, en otras por el contrario es difícil determinar esto, los avances médicos y estéticos que buscan afanosamente prologar la juventud del ser humano acompañado de la salud, abren un parámetro más amplio para las personas adultas; es cierto que se puede encontrar el típico anciano con sus achaques, débil y desprotegido y erróneamente se pensará que es producto del tiempo y su paso incontenible, obviando los factores que de verdad hicieron que este sujeto se encuentre así, son los excesos en su niñez y juventud, también factores ambientales y socioeconómicos, esto hace que se comience a replantear conceptos estereotipados de esta etapa.

### **Cambios orgánicos y físicos**

El proceso de envejecimiento está determinado, como ya se ha mencionado antes, por otros factores como son: salud, entorno estimulante, formación escolar, entrenamiento profesional, relaciones sociales, relaciones familiares, aspectos etnográficos y culturales, además de las condiciones emocionales del sujeto estas inciden de forma directa o indirecta sobre el deterioro a nivel fisiológico, además del deterioro típico generado por los años; este deterioro se caracteriza por:

Papalia (2002) afirma que: El sistema digestivo, incluido el hígado y la vesícula biliar, permanece relativamente eficiente. Entre los más severos cambios están los que afectan el corazón. Su ritmo cardíaco tiende a disminuir y a ser más irregular, los depósitos de grasa acumulada alrededor de este órgano pueden interferir el funcionamiento; con frecuencia se eleva la presión arterial. La estatura disminuye desde la edad adulta temprana hasta la vejez, en promedio poco más

de una pulgada en los hombres y dos pulgadas en las mujeres. El adelgazamiento de los huesos puede causar “joroba de matrona” en la parte posterior del cuello especialmente en las mujeres que padecen osteoporosis. La composición química de los huesos cambia con la osteoporosis, lo cual crea gran riesgo de fracturas (p. 647).

### **Envejecimiento del cerebro**

Papalia (2002) se refiere a este tema así: En las personas ancianas saludables y normales, se producen pocos cambios en el cerebro y éstos no afectan mucho su funcionamiento. Después de los 30 años, el cerebro pierde peso, en principio ligeramente, luego con más rapidez. A los 90 años, el cerebro puede haber perdido 10% de su peso. Esta pérdida de peso se ha atribuido a la pérdida de *neuronas* (células nerviosas) en la *corteza cerebral*, la parte del cerebro que realiza la mayoría de las tareas cognitivas. Sin embargo, investigaciones más recientes sugieren que la causa no es la amplia pérdida de neuronas sino más bien un encogimiento en el tamaño neuronal debido a la pérdida de tejido conectivo: *axones*, *dendritas* y *sinapsis*. Este encogimiento parece comenzar muy temprano y avanzar con mayor rapidez en la corteza frontal, que es importante para la memoria y el funcionamiento cognitivo de alto nivel ( p. 648).

En la ancianidad una de las quejas más comunes es la pérdida de la memoria, generalmente como consecuencia de la demencia, enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular.

### **Funcionamiento sensorial y psicomotor**

Papalia (2002) afirma que: Las personas ancianas experimentan de diferentes maneras la declinación en sus funciones sensoriales y psicomotoras, algunas

notan un cambio completamente desfavorable, mientras que otras no perciben ninguno; en esta etapa de la vida se presentan dificultades en cuanto a la vista, que disminuye generalmente a 20/70, dificultad para percibir el color, realizar actividades como leer, coser etc. Se desarrollan enfermedades como cataratas. En cuanto al oído, se puede dar pérdida a las altas frecuencias, dificultad para percibir sonidos agudos; en lo referente al gusto y olfato su deterioro se da generalmente debido a enfermedades y medicamentos fuertes lo que genera pérdida de papilas gustativas. Por otra parte los adultos pierden casi 10 a 20% de la fortaleza a los 70 años especialmente en los músculos de la parte inferior del cuerpo, se genera una disminución de la sensibilidad de las células receptoras que llevan información al cerebro sobre la posición del cuerpo en el espacio, información necesaria para mantener el equilibrio. La disminución de los reflejos, la pérdida de fortaleza muscular, de visión y percepción de profundidad también contribuyen a la pérdida de equilibrio ( p. 651)

### **Funcionamiento sexual**

Papalia (2002) encontró que: El factor más importante en el mantenimiento y el funcionamiento sexual en la vida adulta es mantener una actividad sexual coherente durante la vida. En general, un hombre saludable sexualmente activo puede continuar alguna forma de expresión sexual activa a los 70 u 80 años. Las mujeres están dotadas fisiológicamente para mantener actividad sexual mientras vivan; carecer de un compañero es quizá la principal barrera a la vida sexual activa de las mujeres

En la edad adulta tardía, la actividad sexual es diferente de lo que fue en épocas anteriores. Normalmente los hombres tardan más en lograr la erección y



eyacular, pueden necesitar más estimulación manual y deben experimentar mayores intervalos entre las erecciones. La disfunción eréctil puede incrementarse, pero con frecuencia es tratable. La respiración entrecortada y otros signos de excitación sexual son menos intensos que antes. La vagina es menos flexible, y puede necesitar lubricación artificial. Sin embargo, la mayoría de hombres y mujeres pueden disfrutar la expresión sexual (p, 670).

### **Modificación de la personalidad en la edad avanzada**

Montañes (2001) afirma que: Envejecer es un fenómeno particular en individual de cada persona en condiciones normales, se trata de una pérdida o insuficiencia gradual, progresiva e irreversible, pero dialécticamente equilibrada, que permite la adaptación de las actividades funcionales. El envejecimiento psicológico es el efecto del paso del tiempo sobre la forma en que percibimos y entendemos la realidad, sobre la forma en la que sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno. La actividad, los recuerdos positivos, la libertad sobre el estilo de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, una continua participación en actividades gratificantes y una buena salud, permiten una adecuada aceptación de esta etapa de la vida (p. 209).

Se han realizado investigaciones para determinar como se modifica la personalidad en la edad avanzada, y los resultados son contundentes:

Lehr, (1988) Singer, Stone y Norris, han podido comprobar que la “actividad” psíquica responde a aquellas cualidades de la personalidad que no ofrecen ninguna disminución evidente en la edad avanzada. Tampoco disminuye, en función directa de la edad, la actividad que se manifiesta en la participación social;

tan sólo en relación con determinadas variables que se refieren al status social, la salud y demás cualidades de la personalidad (p. 148).

Entonces el paso de los años produce un deterioro natural, que este se ve incrementado y a veces maximizado por lo antecedentes de la historia de vida de cada individuo, determinando de forma directa el estado psicofísico en la edad proveya, se reitera que el individuo cambia a partir de sus vivencias, y no por la cantidad de años que este tenga. Esto conlleva a pensar que la mayoría de problemas, tanto afecciones físicas, como mentales tienen su inicio desde la niñez o juventud, y culturalmente se ha estigmatizado la edad avanzada como una etapa que lleva consigo de forma aislada estos problemas, teniendo ya en claro esta situación se podría disminuir en gran medida la percepción de la senectud.

### **Estilo de vida y aspectos sociales relacionados con el envejecimiento**

En las investigaciones realizadas se encuentran diferentes resultados, los cuales dependen tanto del objetivo de la investigación como el tipo de población con el cual se trabaja, por ejemplo investigaciones sobre la inteligencia, cambios de personalidad, longevidad, en diferentes grupos, como la armada de Estados Unidos, Instituciones geriátricas, al periodo involutivo, algunos autores como: Francisco Javier Menéndez Balaña, Noemí Lapuzzo lo han tipificado como un periodo en donde se evidencia un deterioro de las funciones físicas e intelectuales, mientras que otros autores como: Laura I. Cartensen(1990), Gonzalo Canal Ramírez(1999), Ursula Leer (1988) entre otros, tienen en cuenta procesos anteriores a esta etapa, y factores como la salud y sus cuidados durante toda la vida y no solo en la edad proveya, sin embargo los estudios reflejan modificaciones en distintos aspectos y se hace necesario tomarlos en cuenta,

puesto que la mayoría de la población perteneciente a esta etapa que se estudia las posee.

En cuanto a las modificaciones físicas, se inician con una insuficiencia de las actividades fisiológicas, por lo que el organismo pierde actividad, movilidad y plasticidad. Una de las mayores modificaciones físicas que mayor repercusión psíquica tiene es la del sistema nervioso; debido a que se producen una serie de disminuciones progresivas: en el consumo de oxígeno, en el peso del cerebro, en el número de células (ya que las neuronas no se reproducen), ni en el riego cerebral.

Las modificaciones psicológicas, como consecuencia de la desorganización física en la senectud, se produce también una desorganización a nivel de las funciones psíquicas, es decir, se produce un deterioro en el rendimiento de estas funciones. Deterioro que se manifiesta en diversas formas en cada una de las funciones específicas; es decir, no se muestra una disminución de todos sus rendimientos mentales, sino solo de una parte de ellos.

El deterioro de las funciones intelectuales (memoria, atención, razonamiento abstracto, orientación, etc.), se puede evidenciar mediante la aplicación de los **test de inteligencia**. A través de los cuales se encuentra un enlentecimiento psíquico, determinado por los factores de tipo fisiológico y por las peculiaridades psíquicas de la vejez.

Con el transcurso de los años se manifiesta paulatinamente una declinación de la información que el individuo utiliza cotidianamente, en el sentido que se presentan dificultades para adquirir y almacenar información. Manifestándose de

esta manera las alteraciones de la memoria en sus facetas de codificación, almacenaje y recuperación, estos cambios se producen en mayor o menor medida en todos los periodos evolutivos de la vida del hombre.

“Las modificaciones afectivas se muestra con el deterioro de las facultades mentales no es independiente de la forma en que el hombre acepta su vejez, y por eso influye su afectividad y emotividad. Si el deterioro de las funciones intelectuales está lejos de ser aclarado, mucho menos lo está el deterioro o cambio de afectividad como consecuencia de los procesos de involución”. (<http://www.desarrollopotencialconancianos.online.com>).

En la senescencia se va adquiriendo progresivamente una incapacidad para la adaptación emocional al medio ambiente, acompañada de una disminución del control de las reacciones emotivas, debido a todos los cambios presentados a nivel fisiológico como social.

### **Trastornos psicopatológicos del periodo involutivo**

En la presenectud se han encontrado que se manifiestan trastornos del humor y del carácter del sujeto, posiblemente con una actitud agresiva y desconfiada, sin embargo es necesario reiterar que es imperativo analizar o tener en cuenta los antecedentes particulares del individuo.

Es necesario tener en cuenta que los cambios de personalidad que sufre el anciano son causados generalmente por su estado de salud, las condiciones

sociales y económicas, puesto que los cambios correspondientes a la edad según varias teorías como: la teoría del descompromiso, la teoría de la actividad.

Carstensen (1990) al respecto afirma que: supone que este cambio se debe a la disminución de energía que tiene el sujeto y al proceso de adaptación a las implicaciones que tiene esta etapa, se protegen emocionalmente para disfrutar las actividades que tienen, dar sus afectos, y evitar el sufrimiento pues sienten cerca de la muerte (p. 59).

### **La familia**

Papalia (2002) afirma al respecto lo siguiente: En la manera como las familias abordan estos aspectos se expresan sus raíces culturales. La familia nuclear y el deseo de los ancianos de vivir separados de los hijos, cuando sea posible, reflejan los valores dominantes del individualismo estadounidense, la autonomía y la autoconfianza. Las culturas hispánicas y asiaticoamericanas tradicionalmente enfatizan en las obligaciones lineales o intergeneracionales, como se ve en el hogar multigeneracional, con poder y autoridad reservado a la generación mayor. Sin embargo, este patrón está modificándose mediante la asimilación de la cultura estadounidense. Los afroamericanos y los irlandeses estadounidenses, cuyas culturas han sido fuertemente afectadas por la pobreza, resaltan las relaciones colaterales e igualitarias, las estructuras del hogar pueden ser muy flexibles y con frecuencia aceptan hermanos, tías, tíos, primos o amigos que necesitan un sitio donde quedarse. Estos patrones culturales variados afectan las relaciones familiares y las responsabilidades de la generación mayor (p, 699).

La familia y los amigos cumplen la misma función en esta etapa que en las etapas anteriores, son una fuente estimulante para el individuo, y se constituyen en la fuente principal de apoyo emocional para el anciano. Lo que determina de forma imperativa esta relación es como el individuo concibe y actúa con respecto a la misma en esta etapa como en las anteriores, se reafirma que los factores que inciden en la conducta del anciano están directamente relacionados con toda su vida.

Ahora el anciano ha modificado un poco su percepción de sus relaciones interpersonales en el sentido que se relacionará teniendo en cuenta sus necesidades inmediatas, tareas cotidianas y relevancia de esta relación; se afirma según investigaciones realizadas que la actividad social disminuye debido al cambio del rol social del sujeto:

Carstensen (1990) afirma lo siguiente: Cumming y Henry (1961), se basó en la observación empírica de que la incidencia de la interacción social disminuye con la edad. Basado en la teoría funcional de la sociología, el descompromiso es observado como una respuesta preparatoria a la muerte inminente del miembro anciano de la sociedad: la sociedad libera al individuo de las responsabilidades sociales y el individuo de edad avanzada, simultáneamente, impone una distancia psicológica en las relaciones sociales. En el núcleo de esta teoría está la creencia de que el abandono social es mutuo, natural y de adaptación. El individuo anciano no es abandonado por la sociedad. Al contrario, el individuo disminuye, voluntariamente, su compromiso emocional en las relaciones sociales. El descompromiso es visto como ineludible, puesto que la muerte es inevitable y representa, por tanto, una disociación gradual de la vida (p 180).

A la luz de esta teoría la percepción del individuo cambia de acuerdo con los cambios de su entorno, el ser humano al recorrer las etapas evolutivas necesita de un nivel de adaptación para afrontar además de estos periodos vitales, los diferentes problemas que conllevan consigo, esto provoca en el individuo respuestas que dependen de la persona en sí y sus vivencias para lograr adaptarse incrementando y fortaleciendo sus mecanismos de defensa o estrategias de solución de problemas.

Carstensen (1990) afirma a propósito de este tema: la persona de edad traslada su atención desde el mundo social hasta los recursos personales internos. Las personas de edad pasan del dominio activo de los jóvenes al dominio pasivo de los ancianos. Ambos puntos de vista sugieren que el cambio hacia la dependencia de recursos internos provoca que la conducta de los individuos ancianos esté menos controlada por el entorno social inmediato y más controlada por su propia historia personal (p, 59).

Si bien es cierto que los comportamientos individuales están determinados por la personalidad y factores externos como el entorno social, laboral, familiar etc., se debe tener en cuenta también que con el correr de los años, las diferentes experiencias e incidencia de los factores ya mencionados son un cúmulo de antecedentes que definirán los diferentes cambios de percepción que el individuo tenga indiferente de su edad, la relevancia de las cosas está determinada por entonces por vivencias, experiencia, estrategias de adaptación y no sólo por un factor como la edad cronológica.

### **Soledad, aislamiento y dependencia en la vejez**

Lehr (1988) se refiere a este tema así: Tunstall (1966), hay que distinguir claramente entre “aislamiento” y “soledad”. Mientras que el concepto de “aislamiento” se refiere al campo objetivo de los contactos sociales, el concepto “soledad” alude más bien a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales. El sentimiento subjetivo de la soledad no está determinado, en modo alguno, por la frecuencia objetiva de los contactos. Algunas personas se sienten solitarias, pero nunca aisladas, a juzgar por la cantidad y la índole de los contactos sociales y que son consideradas desde fuera como seres aislados, no se sienten empero, como personas solitarias. En este sentido, puede afirmarse que *el grado de los sentimientos de soledad es función de las expectativas de las relaciones entre padres e hijos y de otros contactos sociales, mas que de los contactos efectivos* ( p. 276).

La soledad debe ser entendida bajo la subjetividad individual, y no de la objetividad de contactos físicos, esta es otra de las características que permiten afirmar que la mayoría de los problemas de la senectud tienen sus inicios en anteriores etapa, pues la percepción de estas situaciones depende de la personalidad, experiencias previas y juicios de valor aprendidos en toda la vida, y no se pueden concebir en su totalidad como consecuencia de la edad cronológica; además de tener en cuenta otros procesos sociales como es el aspecto laboral, en donde el cambio de rol, marca una brecha en las relaciones sociales que se habían tenido hasta entonces, la sociedad releva de las actividades y responsabilidades laborales, para con ello permitir al sujeto descansar. Es entonces cuando nuevamente la percepción del sujeto determina el curso de la conducta a seguir.



## **Antecedentes laborales y jubilación**

La vida laboral de un sujeto, al igual que todo en la vida, tiene procesos importantes, la jubilación es una etapa que indica la finalización de la vida productiva de la persona, muchas personas de la edad proveya disminuyen su actividad laboral, esto no sucede con otras, la jubilación es percibida de diferentes formas, para muchos es un época de descanso esperado desde mucho tiempo atrás, y para otras por el contrario es la reafirmación de que la senescencia es una etapa que no llega sino para confirmar que la finalización de su vida está muy próxima, hay personas que toman su jubilación como la hora de experimentar nuevas conquistas y explorar lo que no han podido explorar por los compromisos sociales y obligaciones familiares, otras se entregarán a su papel de guía de los más jóvenes, en fin son formas determinadas por el estilo de vida único del sujeto.

La jubilación viene a marcar una reestructuración del curso de vida cotidiano, indica que es hora de adaptar un nuevo rol, con diferentes expectativas de comportamiento, un ritmo de actividad diferente, una modificación de la estructura de los contactos familiares y sociales además de un cambio en la economía personal, se genera por lo tanto un desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo que durante la mayor parte de su vida estuvo presente, al del tiempo libre.

La jubilación está influenciada por diferentes circunstancias sociales como son: la percepción que se tiene del "jubilado" que se asocia a muerte, bancarrota, etc., preparación para el retiro, la expectativa positiva respecto de esta situación, la determinación voluntaria del acto de despedirse de la vida profesional y la adaptación efectiva del jubilado, vida profesional, relaciones profesionales,

expectativas profesionales, situación socioeconómica, situación familiar, salud, entre otras. Factores que dan indicios sobre como se afrontará por parte del sujeto, las consecuencias de la terminación de la vida laboral.

“Se da por el retiro del trabajo. Para aclarar el significado de la jubilación conviene precisar que el derecho al retirarse del trabajo es un logro de la”  
“humanidad que fue posible gracias al progreso tecnológico que permitió elevar la productividad del hombre más allá de lo que requería para sobrevivir junto a su familia. Pero este privilegio hoy se traduce en una forma de penalización. Porque es una forma de empobrecer a los que dejan de trabajar. Las jubilaciones son por lo general equivalente a una fracción de los sueldos. Esta dependencia económica los lleva a ser considerados una carga para la sociedad. Hay una pérdida de autonomía económica. Estas personas tienden a deteriorarse pues pierden su sentido de independencia y dignidad. Se convierten en una carga para sus familias, y a veces pierden también la voluntad de vivir. En definitiva la sociedad les ha dado el derecho de no trabajar pero sin tener en cuenta que, dadas las actuales condiciones, ello significa ser nadie socialmente. Hay una pérdida de identidad social de quien pasa a la clase pasiva.”  
(<http://www.comunicaciónconancianos.online.com>).

La jubilación confirma también que los seres humanos con individualidad de vivencias, aprendizajes, juicios de valor, capacidad de adaptación, asumen de multitud de formas distintas cada periodo de la vida, y la jubilación no es la excepción, muchas personas perciben esta (dependiendo de su situación laboral, familiar y social, estado de salud, además de características de personalidad) etapa como un descanso merecido, se dedican a actividades de descanso y

recreación además de actividades que conlleven a la autorrealización. Por otra parte, existen personas que por las razones mencionadas antes conciben a la jubilación como una época dolorosa.

### **Orientación de la familia del anciano**

Las relaciones familiares son importantes indiferente de la etapa que se esté viviendo. Estas relaciones pueden existir en familias numerosas, donde se observa la interacción de diferentes generaciones, generalmente los individuos ancianos sí viven próximos a sus hijos y familiares en el aspecto físico. Uno de los determinantes sobre la cercanía o no de la familia a veces es el estado de salud del sujeto, puesto que es esta la que permite al adulto mayor desenvolverse de forma independiente o no, muchas veces los déficit físicos, mentales, económicos u otros, impiden que el anciano ejerce dicha independencia y es cuando la familia cumple un papel vital para el anciano, y en ocasiones desafortunadamente muchas este papel lo cumplirá las Instituciones de beneficencia.

Carstensen (1990) afirma al respecto: No hay duda de que las familias han ayudado a sus ancianos necesitados durante miles de años. Sin embargo, en años recientes el desarrollo de principios de base sistemática y empírica y la metodología para cambios de conducta han contribuido a las intervenciones familiares dirigidas hacia problemas como educar a los hijos y a problemas conyugales, siendo prometedoras también para familias con miembros de edad inhabilitados. Por desgracia, el potencial de aplicación de la Psicología conductual a los problemas de los ancianos en el ámbito familiar ha sido reconocido tan sólo

recientemente. Haley (1983) ha mencionado que no pudo encontrar un solo estudio publicado sobre la formación de los miembros de la familia para utilización de técnicas de la modificación de la conducta con miembros ancianos inhabilitados (p. 104).

La falta de interés por buscar soluciones y estrategias para que el adulto mayor y su familia manejen de una mejor manera los problemas de la senectud, es por considerar que las inhabilidades de las personas propectas son incurables e incluso intratables.

Carstensen (1990) al respecto afirma: Tal como señaló Pfeiffer (1982): “El hecho de que los pacientes de edad pueden ser tratados con éxito sólo ha sido reconocido recientemente por los profesionales y por los mismos ancianos. La posibilidad de *enseñar* también a las personas de edad nuevas habilidades o volver a enseñarles habilidades que ya tenían constituye un hallazgo aún más novedoso (p. 104).

Las conclusiones que presentan las Instituciones son que las técnicas conductuales funcionan efectivamente con ancianos inhabilitados, debido a que estas técnicas son fáciles de aplicar, es comprensible pensar que se pueden utilizar estos métodos diseñados específicamente para su aplicación en casa sobre los problemas relacionados con el envejecimiento.

### **Hogar**

Para entender implica un “hogar” y el cambio del mismo, se debe tener en cuenta que para cada etapa de desarrollo implicaría concepciones diferentes puesto que las necesidades durante el transcurso de la vida se van modificando, es por eso necesario establecer un marco de referencia sobre este aspecto:

Carstensen (1990) afirma que: Desde la perspectiva del anciano, hay una serie de factores que moderan el cambio de residencia. La familiaridad de la configuración física de una casa, el rechazo a abandonar antiguos vecinos y amigos, el miedo a reconocer la dependencia, cada vez mayor, y el apego emocional a un lugar que puede haber sido el hogar durante décadas y el centro de muchas experiencias importantes de la vida refuerzan la inercia. Al mismo tiempo, los decrementos psicológicos, el decaimiento de la salud, la menor capacidad para tratar con el entorno del vecindario, la muerte del cónyuge o compañero, el aumento del aislamiento social a medida que otros individuos de su generación fallecen o se trasladan y la menor capacidad para mantener físicamente la residencia se convierten en indicadores, crecientemente insistentes, de la necesidad de trasladarse. El dilema persistente no es simplemente un problema para los individuos de edad avanzada. También es una preocupación importante para sus familias. La creciente separación espacial de las generaciones ha suscitado puntos críticos con respecto a los ambientes adecuados para sus familiares de edad. El problema de la residencia adecuada para los ancianos ha llegado a ser cuestión de dominio público (p. 173)

El ambiente del hogar está dirigido a proporcionar un tanto placer como utilidad adecuada dependiendo de las necesidades del sujeto, en los adultos mayores se establecen varias adaptaciones del ambiente del hogar de acuerdo a sus individualidades se establece un "centro de control" mediante el cual la persona adulta mayor siente aún su independencia y autosuficiencia. Las personas proactivas colocan los objetos que utilizan con regularidad a su alcance cerca del lugar donde pasan la mayor parte del día, esta característica la poseen en mayor

medida sobre todo las personas que tienen una discapacidad, es primordial el fácil acceso o control de algunos elementos como medicamentos, y también es necesario la existencia de pautas que marquen la hora de ciertas actividades a realizar.

Se deduce, pues, que la familia podría hacer que el hogar suponga un mayor apoyo, animado al anciano por todos los medios a que decore y mantenga la casa, tanto para satisfacer las necesidades utilitarias como las emocionales. Es evidente que podría haber, y seguramente los hay a menudo, conflictos entre los ancianos y los miembros de la familia acerca de la decoración y la colaboración de varios objetos. Estos conflictos suelen surgir cuando los ancianos se trasladan a las casas de otros familiares, particularmente los jóvenes. Lo más probable es que tengan su colección de objetos decorativos y mobiliario preferidos. Es posible que requieran una cierta distribución para satisfacer necesidades prácticas. Quizá tienen afirmación por el ganchillo, el modelaje u otras aficiones decorativas. Tal vez prefieran ciertos colores. Cualesquiera de ellas, o incluso todas, podrían chocar con el resto de miembros de la familia. Es muy importante que la familia reconozca la función de la participación del anciano en la decoración y el mantenimiento del hogar. El hecho de que las personas de edad deseen realizar estas actividades no significa simplemente que sean testarudos, displicentes o anticuados. Al contrario, es necesario que participen de esta forma si se quiere que el hogar suponga un apoyo para ellos. Muchas familias que viven en una casa con un individuo anciano con gustos y necesidades físicas diferentes transigen, asignando un espacio que el anciano puede decorar y mantener parcialmente como le plazca.

### **Necesidades y opciones de cambio de alojamiento**

En la edad adulta, la mayoría de las personas han establecido un grado de familiaridad y orden entre las necesidades personales y sus circunstancias residenciales. Se ha logrado una armonía entre el tamaño de la familia, el espacio y la configuración de su residencia. El estilo de cada persona determina los muebles y objetos que son congruentes con el estilo de vida de cada individuo, esto dentro de los límites de lo socioeconómico.

La edad, las circunstancias personales y ambientales cambian y se presenta una necesidad de modificaciones ambientales o traslados. Las enfermedades crónicas incrementan la necesidad de cambio y adaptación del espacio para una mayor facilidad de acceder a las cosas esenciales que la persona requiera. Otra de las razones más importantes para el cambio de alojamiento es la situación económica, y la situación familiar que provoca muchas veces el aislamiento de la persona anciana.

### **Vivir en instituciones**

Papalia (2002) afirma lo siguiente: Muchos ancianos no desean vivir en instituciones y la mayoría de los miembros de la familia no desean que esto ocurra. Con frecuencia, los ancianos sienten que ingresar en una institución es signo de rechazo e ingresan a regañadientes. Los hijos los llevan con excusas y gran remordimiento. Sin embargo, en ocasiones, el ingreso parece ser la única solución debido a las necesidades la persona anciana o las circunstancias familiares (p, 694).

La diferencia entre cuidados de buena y mala calidad que brindan los asilos puede ser muy grande. Un buen asilo tiene un personal profesional experimentado, adecuado programa de seguro gubernamental y una estructura coordinada que puede proporcionar varios niveles de cuidados: es alegre, seguro, limpio y atractivo, ofrece actividades estimulantes y oportunidades para pasar el tiempo con personas de ambos sexos y de todas las edades. Proporciona privacidad, entre otras razones para que los residentes puedan ser sexualmente activos y puedan recibir la visita de los miembros de la familia. Un buen asilo también ofrece una amplia gama de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación.

### **Una casa no es un hogar**

*¿qué significa, especialmente para el anciano, el hogar?*

Para la mayoría de personas, un hogar incrementa la sensación de ser competente a nivel personal, cada lugar y rincón de este, ofrecen el sentimiento de propiedad y seguridad sobre todo para seguir manteniendo aún su independencia, muchas veces a pesar del fallo en la capacidad fisiológica y sensorial, el individuo comienza a luchar de una forma más intensa para mantener y establecer su rutina diaria y defenderla de las demás personas, porque es esta que lo ha acompañado durante muchos años. Esta rutina diaria proporciona al individuo de un lugar que le brinda protección y refugio.

### **Terapia con ancianos**

Gomez y otros, (2002) afirma que: Como consecuencia del marcado aumento de personas ancianas, se viene presentando una verdadera epidemia de enfermedades dependientes de la edad, sin que la psiquiatría esté ajena a este



fenómeno. Tal caso es el caso de las demencias, las alteraciones del afecto, el delirium entre otras. Si bien es cierto que la complejidad del aprendizaje, dada principalmente por un mayor conocimiento, plantea situaciones educativas diferentes, como las subespecialidades médicas, no debemos olvidar que la formación básica integral de cada uno de los profesionales que atienden ancianos, es fundamental en la asistencia psiquiátrica (p. 832).

### **Apoyos ambientales**

Uno de los factores que se ha discutido a menudo como crucial para ayudar a los ancianos a ser lo más independientes posible en la comunidad es la provisión de apoyos. Lamentablemente, el término *apoyos* se ha vuelto tan omnipresente en sus varias utilidades, incluyendo la discusión de las necesidades de los ancianos, que han perdido gran parte de su significación. Muchas veces se utiliza sin definición, al parecer bajo la suposición de que los demás sabrán lo que se quiere expresar. Tal vez el empleo más común del término sea para referirse a los elementos del entorno que existen *además* del entorno usual y que sirven para permitir que un individuo inhabilitado siga viviendo en su casa/comunidad.

*Apoyos ambientales* se refiere a todos los aspectos del ambiente, no sólo elementos adicionales, que sirven para provocar, reforzar y mantener actividades sociales, de cuidado personal y ocio socialmente aceptables y eficaces. Esta definición incluirá la producción y mantenimiento de atributos positivos a uno mismo y a la vida propia. La implicación crucial de una definición tan amplia es que inmediatamente nos lleva a examinar muchos aspectos de la vida del anciano. Con el fin de determinar si estos apoyos son adecuados. Esta definición ofrece también la posibilidad de examinar la calidad de las relaciones sociales para así

determinar cuales de ellas proporcionan apoyo y cuáles no lo hacen. Por ejemplo, algunos han considerado de apoyo la relación entre un hijo adulto y un padre de edad, siempre que el contacto sea suficientemente frecuente y/o si el hijo proporciona algún servicio. Sin embargo, fácilmente puede observarse que, en algunos casos, el hijo o la hija pueden estar reforzando una dependencia o incluso una depresión. Por ejemplo, una hija podría atender a su padre únicamente cuando éste manifiesta una conducta de desamparo o un hijo podría hablar con su madre sólo cuando ésta expresa su tristeza por la pérdida de su marido o de su trabajo. Estas interacciones podrían traducirse en la ausencia de apoyo ya que podrían producir una conducta “depresiva” indeseable en lugar de una conducta deseable, especialmente si se hace durante un período de meses o años.

Al cuidar al individuo anciano, la familia debe dirigir sus esfuerzos hacia el mantenimiento de un ambiente rico en apoyos. Un entorno estructurado para proporcionar las pautas, los refuerzos y material necesario para el individuo para una conducta social, de cuidado personal y de ocio adecuada y satisfactoria sirve tanto para prevenir muchos problemas del envejecimiento como para remediar los problemas ya existentes.

Carstensen (1990) afirma lo siguiente: Entre los factores que son importantes en un ambiente de apoyo se incluyen: a) relaciones personales íntimas, b) relaciones sociales superfluas, c) hogar, d) ingresos, e) movilidad y f) aficiones o alguna actividad personal que comprometan mínimamente o en absoluto a otras personas, pero que sean fuente de orgullo y satisfacción (p, 106)

## **El envejecimiento en el mundo y en Colombia.**

“La expectativa de vida ha venido aumentando en la mayoría de los países, principalmente debido a la acentuada disminución en la mortalidad prematura por infecciones y por enfermedades crónicas y por la mejora en las condiciones sanitarias, habitacionales, nutricionales, médicas, de vacunación y de control de infecciones”. (<http://www.unibrebaq.edu.co>) .

“La vejez es un fenómeno preponderantemente femenino. La expectativa de vida de las mujeres en los países menos desarrollados es de 50 años y en los países desarrollados de 80 años, pero en ambos, viven más que los hombres. En los países desarrollados esa ventaja varía entre cinco y ocho años. En los países desarrollados la ONU fijó en 65 años al marcador etario que define la iniciación de la vejez. Según la División de Población de las Naciones Unidas: Actualmente - año 2000 - 1 de cada 10 personas tiene 60 años o más. En el año 2050, 1 de cada 5 personas tendrá 60 años o más, y en el 2150 la proporción será de 1 de cada 3 personas. La población de edad es cada vez más urbana. En el año 2000, la población de edad del mundo, un 51% vivirá en zonas urbanas” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

“La longevidad de la población también está aumentando. Actualmente las personas con 80 años o más constituyen el 11% de la población de 60 años o más. En el 2050, un 27% de la población de edad tendrá más de 80 años” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

“La mayoría de las personas de edad, un 55%, son mujeres. Entre las personas con 80 años o más, un 65% son mujeres. En el caso colombiano, a pesar de la difícil situación de violencia rural y urbana y de la existencia de cordones de miseria en las grandes ciudades, en donde hay un número considerable de población mayor adulta, la tendencia al aumento de la longevidad es significativa. (ver Tabla 1 y Tabla 2).” (<http://www.psicología.online.com>).

### **Tabla 1**

#### Esperanza de vida en Colombia

Años	Hombres	Mujeres
2000	69,1	75,3
2025	73,2	79,6
2050	76,0	82,5

Nota: Datos tomados de los reportes del Dane, que muestra la esperanza de vida en Colombia de hombres y mujeres, donde se nota que las mujeres tienen una esperanza de vida mucho más alta que los hombres.

## Tabla 2

### Tasa bruta de Natalidad en Colombia

Años	Número de nacimientos
2000	27 por 1.000
2025	19 por 1.000
2050	16 por 1.000

Nota: Datos tomados de los reportes del Dane, muestra la disminución paulatina de los nacimientos en Colombia.

## **Políticas Gubernamentales para la Atención de la Tercera Edad**

### **Legislación Colombiana**

**Antecedentes Histórico – Jurídicos:** “1827: Surgen las primeras disposiciones legales para la protección de la vejez con los montepíos militares implantados en Colombia en la época de la independencia para la protección y amparo de la tercera edad y sus familias durante las guerras y campañas libertadoras. Fue suprimido por la ley 30 del 30 de abril de 1855” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Normas específicas de Protección a la Ancianidad:** “Ley 29 de 1975: Faculta al Gobierno Nacional para establecer la protección de la ancianidad.” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Decreto 2011 de 1976:** “Organiza la protección nacional de la ancianidad y crea el Consejo Nacional de Protección al Anciano, que se crea como una entidad asesora del Ministerio de Salud, que debe dirigir las operaciones administrativas del Fondo de Protección al Anciano creado por la Ley con el fin de financiarlo. La ley fue reglamentada parcialmente y hasta hoy no se ha reunido el Consejo ni se han asignado los recursos financieros para el Fondo” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Decreto 77 de 1987:** “Regula en su artículo 8º la construcción y dotación básica y mantenimiento integral de los Centros de Bienestar del Anciano que estarán a cargo de los municipios y distritos” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**La Constitución de 1991:** “Cambia el concepto de asistencia pública de la Carta anterior, al de seguridad social. En el Título II, sobre los Derechos, las Garantías y los Deberes, en su capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, se encarga de regular las nuevas normas de integración y desarrollo de los derechos y deberes de cada uno de sus miembros. En el artículo 46 establece la protección y asistencia de las personas en la tercera edad, y la promoción de la integración a la vida activa y comunitaria, garantizándosele los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Seguridad Social y Ley 100 de 1993:**

“En Colombia y en otros países se entiende por seguridad social un conjunto de medidas que incluyen tanto un esquema de protección en salud como uno de

protección contra la invalidez y la falta de ingreso durante los años improductivos. Desde la Ley 100 de 1993 los esquemas de salud y de pensiones fueron escindidos y pasaron a ser llamados Sistema Integral de Seguridad Social. Desde la reforma, aunque ambos esquemas requieren de una participación de recursos públicos para su funcionamiento se introdujo la participación de entes privados en competencia con la oferta pública, antes monopólica. Correspondió a la Ley 100 de 1993 desarrollar y definir *el Sistema de Seguridad Social Integral* bajo la guía de dos ideas rectoras: conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia.”

“El Sistema de Seguridad Social que rigió en Colombia hasta antes de la expedición de la ley 100 de 1993, consistía en un sistema de reparto simple en donde trabajadores activos y empresa. El libro IV de la Ley 100 de 1993, contempla servicios sociales complementarios para el anciano en materia de educación, cultura, recreación, turismo y preparación para la jubilación. Establece los requisitos para acceder a los subsidios y las razones de pérdida de este beneficio. Determina la administración y control de la prestación y requiere que los municipios y distritos garanticen la infraestructura de bienestar y elaboren el plan de servicios complementarios para la tercera edad, como parte del plan de desarrollo municipal o distrital” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

### **Nivel Institucional: Los Programas Estatales**

“A nivel del gobierno central, la Red de Solidaridad Social, es la encargada de dictar y ejecutar estas políticas. A nivel del distrito capital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS)” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

### **Programas de Atención para Mayores Adultos**

”La más antigua referencia que se tiene de un primer intento del Gobierno Nacional para producir una Política Nacional para la Tercera Edad se remonta a 1973 cuando se convocó por parte del Ministerio de Salud, entre otros a un Seminario Nacional sobre el Anciano. Por la ley 29 de 1973 y el decreto 2011 de 1976, se facultó al Gobierno Nacional para establecer la protección de los ancianos que carecen de recursos económicos para subsistir dignamente y se creó el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, el cual en la práctica nunca funcionó. Posteriormente en 1982 el DNP elabora un Plan para la Tercera Edad reconociendo la problemática pero sin formular programas o crear instrumentos y sólo en 1986 el DNP desarrolla el Plan del 82 y busca la creación de organismos autofinanciados, aunque sin proponer mecanismos de coordinación. Finalmente, por efecto de la descentralización municipal con la ley 12 de 1986 y el Decreto Ley 77 de 1987 se le asignaron a los municipios y al Distrito Capital las funciones de construir, dotar y mantener los centros de bienestar del anciano (ancianatos). Complementariamente el Decreto 81 del mismo año señala nuevas funciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF



Tales como prestar asesoría y apoyo financiero a los municipios para el sostenimiento de los ancianatos y el desarrollo de programas de complementación alimentaria para ancianos y menesterosos. Puede concluirse no obstante como generalidad que hacia 1990, las alternativas de atención a la población mayor fueron desarrolladas hasta entonces por la(s) iglesia(s), las Beneficencias, los organismos no gubernamentales (Fundaciones), y los voluntariados; y estas consistieron básicamente en adecuar casas como residencias para ancianos” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

“Pero una vez debilitadas las Beneficencias y cuando los municipios y el ICBF aún tenían una responsabilidad ambigua sobre los ancianos indigentes, no existían entonces unas fuentes estables de recursos oficiales o privados que permitieran el funcionamiento de las instituciones para la tercera edad, distintas a la caridad pública y a los antiguos auxilios de los políticos, abolidos además desde la Constitución de 1991” (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

### **La Red de Solidaridad Social y las Políticas de Atención al Mayor Adulto.**

“De acuerdo con la ley 368 de 1997, la red de Solidaridad Social adelanta acciones orientadas hacia los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana. Así es como la R.S.S., mediante el programa REVIVIR - creado en 1994- adelanta las acciones de promoción, protección y desarrollo del grupo poblacional de adultos mayores. Este programa surge a partir de la ley 100 de 1993 y fue puesto en práctica a partir de 1995, su objetivo se dirigía al mejoramiento de las condiciones de vida de los ancianos indigentes por medio de

la prestación de servicios básicos subsidiados y, promoviendo en forma descentralizada servicios complementarios de bienestar".  
(<http://www.unibrebaq.edu.co>).

### **Otras Entidades que poseen Programas para Población de Mayores Adultos**

"Estas son algunas iniciativas en favor de la tercera edad, que surgen de instituciones no dependientes del Gobierno Nacional"  
(<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Cajas de Compensación Familiar:** "Actualmente, según los datos estadísticos que suministra el Departamento Nacional de Estadística, DANE, cerca del 7% de la población colombiana, lo que equivaldría a 2 millones 600 mil personas son mayores de 60 años. (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

"La Superintendencia de Cajas de Compensación ha establecido algunos de los objetivos sobre los cuales las Cajas tienen proyectados sus programas para este grupo de personas mayores: 1) ofrecer atención integral en salud al anciano, que permita disminuir el deterioro causado por el envejecimiento y evitar posibles secuelas; 2) mejorar la calidad de atención en este grupo de edad especialmente para asumir positivamente el rol laboral al jubilarse o pensionarse, y el rol ocupacional al envejecer; ejercer mayor control de la mortalidad por enfermedades propias de la edad; 3) lograr la participación activa de la familia en el desarrollo del programa, considerada como la red de apoyo más importante para mantener el bienestar físico, social y mental del anciano; 4) fortalecer la capacidad de la familia para cumplir sus funciones y obligaciones tradicionales con respecto a los ancianos para que participen plenamente en todas las actividades sociales y de la

comunidad; 5) promover y mantener habilidades físicas y psíquicas que permitan al anciano actuar con seguridad en su medio ambiente y en forma productiva; 6) integrar la atención en salud a nivel ambulatorio de las personas de edad en todos sus aspectos". (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

**Próvida: Plan Canitas:** "Fundación sin ánimo de lucro creada hace 25 años como apoyo a las personas de la "tercera edad", que se encuentran en estado de abandono, y necesitan esperanzas de vida, tales como Medicina Geriátrica, Alimentos Básicos, programas como Pan Diario y de Recreación y Turismo. El Plan Canitas se financia con un donativo que se hace en forma voluntaria, en memoria de un ser querido que ha fallecido, como apoyo en beneficio de una persona desprotegida de la Tercera Edad, la cual puede disfrutar de cualquiera de los servicios que allí se ofrecen: medicina geriátrica preventiva y promocional que comprende entre otros servicios: suministro de medicinas, exámenes de medicina geriátrica preventiva promocional, servicio de coordinación con hospitales y clínicas de asistencia social para atender casos quirúrgicos y tratamientos especiales, exámenes de Optometría, cursos de educación nutricional y de higiene. Este plan está implementado en el ámbito nacional en Santa fe de Bogotá, en Chía, en Pereira y en el departamento de Nariño, y a nivel suramericano en Bolivia y Ecuador". (<http://www.unibrebaq.edu.co>).

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Senectud**

Referida esencialmente a procesos biológicos comprendidos en el período de la tercera edad, donde estos procesos están determinados en su totalidad al estilo de vida de la persona, además de factores como: predisposición genética a las enfermedades, historia de enfermedades de la persona, alimentación, ambiente, cultura entre otras.

### **Senilidad**

Referida a procesos psicológicos o mentales comprendidos en el período de la tercera edad, donde estos procesos están determinados directamente por la salud física, rol social, cultura, nivel educativo, etc.

### **Mayor adulto**

Visión integral, interdisciplinaria y holística, que ubica a la población en esta categoría entre los 60 o más años de edad, teniendo en cuenta que no todos los seres humanos, envejecen de forma similar, ni morfológicamente, ni funcionalmente.

### **Vejez**

Deterioro multidireccional, no programado y desordenado, el cual se produce en todas las áreas del funcionamiento humano, como un proceso natural e inevitable del desarrollo de las personas, cuyas características están directamente relacionadas al estilo de vida de la persona.

### **Aislamiento**

Campo objetivo de los contactos sociales del individuo, este es determinado tanto por el sujeto como por su entorno, como respuesta a un estímulo evocador y a un intento de adaptarse a la situación .

### **Soledad**

Vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales, determinada por las características individuales, experiencias, procesos cognitivos sociales y culturales.

### **Ancianato**

Institución pública o privada cuyo objetivo primordial está encaminado al cuidado y atención del mayor adulto en cuanto a: atención médica, psicológica, rehabilitación, recreación, alimentación, vivienda y vestido de esta población.

### **Percepción social**

Los continuos cambios en el medio físico y social obligan a desplegar complejos mecanismos adaptativos que tienen a la emisión de respuestas óptimas respecto a las transformaciones del medio, junto con la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados y expectativas.

## **Enfoque**

Cualitativo, pues busca la conceptualización de lo social como una realidad construida que se rige por leyes sociales; es decir, por una normatividad cultural, además intenta explorar, describir y comprender la situación social de los mayores adultos vinculados al Centro Gerontológico de Nariño. Ya que a través de esta se explora el la forma como los mayores adultos se relacionan con su familia, con su nuevo rol en la senescencia y como se manifiestan sus comportamientos dentro de una institución, por qué razones llegaron ahí y cómo se sienten.

## **Tipo de estudio**

La investigación es Etnográfica-descriptiva, está orientada hacia la interpretación cultural por medio de preguntas que no presuponen una predeterminación sino que se utiliza métodos de observación de las sociedades; se intenta conocer la perspectiva de esos miembros, su realidad singular y la investigación se interesa en los pensamientos de los sujetos para poder representar la realidad estudiada y vivida por los mayores adultos que se encuentran vinculados al Centro Gerontológico de Nariño.

## **Unidad de Análisis**

Mayores adultos vinculados al Centro Gerontológico de Nariño.

## **Unidad de trabajo**

Diez mujeres Mayores adultas vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, siete internas y tres externas.

## **Instrumentos**

Entre los instrumentos que se utilizaron para la obtención de los resultados de este estudio se emplearon las siguientes herramientas:

**Cuestionarios:** El cuestionario es uno de los medios para acceder a ideas y creencias generales de una población, que permite obtener dicha información desde una óptica exploratoria, con lo cual se sondea opiniones y no requiere de una profunda exploración por los entrevistados para la realización del mismo; adecuado para las características de la población estudiada.

**Entrevista:** Este instrumento permite obtener datos sobre un problema determinado por medio de la solicitud de información a una persona o grupo, quienes mediante su propio lenguaje y con base en su experiencia, creencias y situación actual, ofrecen la información pertinente de acuerdo a las preguntas formuladas. La información obtenida con las entrevistas puede explicar, profundizar o conocer la realidad sobre el problema estudiado.

**Diarios de campo:** Herramienta con la cual se puede ingresar al campo investigado y recoger la información desde dentro de las vivencias del grupo estudiado, mediante la toma de notas sobre todos los acontecimientos relevantes en un periodo de tiempo determinado, con una actividad programada o no; requiere habilidad, paciencia, perspicacia y visión del investigador para recoger la información necesaria y producir un buen estudio cualitativo. Este instrumento permite tener una óptica diferente y más amplia quizás que la que proporcionan las entrevistas y cuestionarios.

**Historias clínicas:** Las historias clínicas son documentos que contienen información relevante de un individuo en cuanto a su salud física, mental,

geriátrica, etc., además de contener los diferentes tratamientos usados y su respectivo seguimiento que orienta sobre la evolución o no de la persona.

### **Procedimiento**

Después de tener la teoría y población claramente delimitadas para el desarrollo de esta investigación cuyo tema es la caracterización del mayor adulto vinculado al Centro Gerontológico de Nariño y su relación con la familia, que se realizó mediante una metodología cualitativa, con diferentes instrumentos como: cuestionarios de los cuales sus resultados son los únicos que se desarrollaron cuantitativamente, entrevistas, diarios de campo e historias clínicas, herramientas de tipo cuantitativo que proporcionaron más del 95% de la información.

Se diseñaron los cuestionarios y entrevistas tomando como base los objetivos específicos de este estudio investigativo.

Para la aplicación de cuestionarios, entrevistas y realización de los diarios de campo, fue necesario comenzar con un acercamiento a la población por medio de actividades únicamente diseñadas para este fin; posteriormente se aplicaron los instrumentos y la recolección de esta información parte fue de forma escrita, las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes, además de ser realizadas de forma individual; paralelamente a esta fase, se desarrollaron los diarios de campo y se revisaron las historias clínicas de cada una de las personas pertenecientes al grupo de estudio, todo este proceso se realizó en un periodo de tiempo de tres meses. Los instrumentos aplicados permitieron obtener la información apropiada para esta investigación que se realizó de la siguiente manera:



1. Se solicitó a la Gerencia del Centro Gerontológico autorización para realizar la investigación.
2. Por las características propias del grupo se hizo necesario que durante un mes se desarrollaran actividades de acercamiento con la población estudiada.
3. Se desarrolló un cuestionario a las mujeres mayores adultas del Centro, esta información tuvo que ser escrita por la investigadora debido a las limitaciones psicomotoras del grupo estudio.
4. Se llevó a cabo la primera entrevista a funcionarios, participantes, y familiares. Esta información se grabó en casetes con la debida autorización tanto del Centro, como de las participantes.
5. Se llevó a cabo la segunda entrevista a funcionarios, participantes y familiares para complementar el estudio; con preguntas que se adicionaron ya que la información recolectada estaba incompleta; de igual manera que en la primera entrevista fue grabada en casetes.
6. Se desarrollaron los diarios de campo con la autorización de funcionarios y participantes, esta información fue recopilada de forma escrita.
7. Se revisaron las historias clínicas de todas las personas vinculadas al Centro Gerontológico de Nariño con autorización de la Gerencia de esta Institución.
8. Se realizó un tercer encuentro con los participantes, familiares y funcionarios para una tercera entrevista, que complementó finalmente la investigación.
- 9.
10. Se procedió a hacer el análisis de la información recolectada con los instrumentos utilizados, donde surge una categorización con subcategorías que posteriormente dieron lugar a la presentación de los resultados. Es importante

dar a conocer que el manejo, estructuración y sistematización de datos fue un trabajo complejo, en primer lugar por la dificultad para obtener los datos, en segundo lugar porque muchos de los datos proporcionados fueron simples, que difícilmente permitieron un análisis, y en tercer lugar, porque los datos fueron proporcionados de forma desordenada, por parte de las mujeres mayores adultas pertenecientes al Centro Gerontológico.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## **Quién es el mayor adulto**

Para la presente investigación la identificación del mayor adulto se realiza en la población perteneciente al Centro Gerontológico de Nariño y las características estudiadas son: género, edad, nivel educativo, estado civil, visitas, historia laboral, motivos ingreso y tiempo de estadía.

Se trabajó en total con diez mujeres que se encuentran internadas en el Centro Gerontológico, cuyas edades oscilan entre 61 y 103 años, siendo el promedio de edad de 89 años.

El nivel educativo de estas mujeres es: cuatro cursaron primaria incompleta; cinco secundaria incompleta, en un solo mujer terminó estudios universitarios. De tal manera que el nivel educativo en estas mujeres es relativamente bajo ya que la mayoría de ellas no terminaron sus estudios básicos.

## **Diagnóstico y enfermedades**

Con relación a las enfermedades que padecen en este momento ellas afirman que: una de las mujeres mayores adultas soltera y una de las mujeres del grupo estudio que es viuda presenta problemas de vesícula; la mujer mayor adulta más joven (61 años) y la mujer mayor adulta de más edad (103 años) son las únicas que afirman no tener enfermedades; dos de las mujeres mayores adultas una soltera y la mujer que aún está casada, afirman tener problemas de los ojos; dos una de las mujeres solteras y una de las mujeres viudas presentan caídas; una mujer del grupo estudio una se presenta con trombosis la mujer que aún está casada. Sin embargo, es necesario contrastar las respuestas de las ancianas con los conceptos médico y gerontológico, que se deben concebir más como un paradigma de interpretación de una determinada situación, que el etiquetar solo

por hacerlo, en esta Institución se muestran vacíos y contradicciones por parte del grupo interdisciplinario ya que presentan diferencias muy marcadas, entre ellos se encuentra que el gerontólogo da los siguientes diagnósticos: dos mujeres presentan demencia senil, una de las mujeres caída sobre miembro femoral, una se recomienda observar traumas de la cabeza, una disminución visual, una presenta esquizofrenia, una soledad, depresión y tres mujeres que no tienen diagnóstico gerontológico.

En cuanto al diagnóstico médico se encuentra: dos mujeres presentan demencia senil, dos presentan fracturas, una presenta atrofia difusa cerebral con posible origen parasitario, una es diagnosticada con retardo mental y cuatro mujeres no tienen diagnóstico médico. En general las patologías presentes en el Centro Gerontológico son delicadas y que requieren un cuidado especializado.

### **La familia y sus visitas**

Con relación al estado civil son siete solteras de ellas 3 tienen primaria incompleta y las otras cuatro tienen secundaria incompleta; dos viudas de quienes una tiene estudios universitarios y la otra tiene primaria incompleta y una casada tiene secundaria incompleta, dos de las solteras asisten diariamente a este Centro de tal forma que internamente hay siete personas, las cuales son visitadas por sus familiares. De las diez personas estudiadas solamente tres tienen hijos, entre uno y cinco hijos son las dos mujeres viudas y la señora que aún permanece casada.

Todas reciben visitas de sus familiares, sin embargo estas visitas se dan en diferentes lapsos de tiempo: en dos mujeres las visitas son diarias de sus familiares, es por ejemplo la señora de 103 años que es viuda y recibe a sus hijos, nietos, bisnietos y demás familiares. Se presenta que una señorita soltera que

también sus familiares la visitan todos los días, a dos de las mujeres solteras, las visitas son cada ocho días, y a dos solteras y una viuda, las visitas son una vez al año, y dos de las mujeres, una mujer soltera y la mujer que aún permanece casada, viven todavía con sus familiares.

Por lo general estas personas son visitadas por sus hermanos y sus sobrinos a excepción de las señoras casadas que son visitadas por sus hijos y nietos.

### **Su trabajo rindió frutos**

En cuanto a su desempeño laboral se encontró que cinco de las mujeres mayores adultas vinculadas al Centro Gerontológico de Nariño si trabajaron y las otras cinco no lo hicieron, los empleos en solamente una de las mujeres se ubica en el Hospital Departamental como cocinera durante 40 años, las cuatro restantes trabajaron en la casa haciendo tejido para la venta, una mujeres en el comercio. Con respecto al tiempo en que trabajó éste oscila entre 15 y 40 años. Se encontró que 5 de las mujeres del grupo estudio fueron amas de casa toda la vida.

Con respecto a la jubilación una de estas mujeres mayores la recibe por su trabajo, y este oscila entre 2-3 salarios mínimo. Llama la atención encontrar que en tres de los estas mujeres reciben jubilación como un legado de la madre o el padre y oscila entre 1-3 salarios mínimos, las seis restantes no reciben dinero por jubilación.

### **¿Por qué y desde hace cuánto llegaron aquí?**

Entre los motivos de ingreso a la Institución se encuentra una mujer dice que ingresó por sugerencia del médico, cinco mujeres son llevados por las familias, dos mujeres ingresan a la Institución para recuperación de caídas, una mujer

ingresa a la Institución porque no tiene otro hogar ni familiares cercanos y sólo una mujer ingresa a la Institución para distracción.

Las personas objeto de estudio no han presentado recientemente accidentes en su mayoría, solamente han presentado caídas dos de las personas institucionalizadas y precisamente estas dos personas han necesitado todo tipo de cuidados especiales.

El tiempo de estadía de estas mujeres dentro de la Institución es muy variado, una mujer se encuentra en la Institución hace aproximadamente seis años, una mujer hace dos años, una mujer hace tres años, dos mujeres hace un año, dos mujeres están vinculadas hace 3 meses, una mujer hace dos meses y dos mujeres hace un mes. De tal forma que se puede deducir que hay fluctuación de los ancianos en Centro.

En conclusión la identificación de las ancianas que se encuentran vinculadas al Centro Gerontológico de Nariño puede describirse de la siguiente manera:

Son todas mujeres de edad avanzada en su mayoría son mujeres solteras, tienen excelentes posibilidades económicas para costear su cuidado y mantenimiento, estas mujeres mayores adultas del grupo de estudio pertenecen a un nivel educativo bajo; por causas físicas y de salud necesitan cuidados especiales, o por razones familiares han ingresado al Centro ya que no pueden ser atendidas en la casa.

### **¿El envejecer es deteriorarse?**

Es importante entender la forma de vida del mayor adulto, como se percibe y como percibe lo que lo rodea y entender como es esta etapa para la población estudiada, y a través de sus propias palabras acercarse a una identificación más

próxima de estas personas. Pero a la vez, es interesante analizar y comprender qué opinan las personas que se encargan del anciano como el médico, el gerontólogo y el familiar más cercano.

Recoger la información por parte de las ancianas implicó un trabajo muy dispendioso ya que en varios momentos estas personas no estaban dispuestas a colaborar o contestaban cosas diferentes a las que se preguntaban por su enfermedad mental o porque se cansaban fácilmente. De tal forma que para el presente estudio fue necesario acercarse en muchos momentos de convivencia diaria y organizando actividades distintas, cortas y gratificantes para ellas.

### **Vejez desde quien la vive**

Cuando se le pregunta a las personas que se encuentran vinculadas al Centro Gerontológico sobre cómo definen la vejez, se observa que en todos los casos la asocian con inutilidad, acercamiento a la muerte que genera tristeza depresión y en general sentimientos negativos.

Así lo afirman las ancianas:

“Es una edad para terminar el final de la vida”.

“Ya no se puede hacer por sí mismo todo lo que quiera”.

“Es ser inútil, no se puede hacer nada, es feo, triste”.

“Qué será eso”.

Para la Doctora de la Institución:

“La vejez básicamente, según el concepto que maneja la sociedad, y que algunas veces lo manejamos nosotros mismos, es un concepto de inutilidad de ya dejar de servirle a la sociedad, de ya pasar de ser algo útil a pasar a ser un estorbo, siendo que básicamente cada uno de los abuelitos es lo que piensa, ellos

manifiestan de ya no sirven para nada que son un estorbo para la familia, que no pueden hacer nada y esa misma condición , esa condición mental, esa forma que tal vez se ha transmitido de generación en generación en que ya los abuelitos ya no son como la experiencia de la sociedad, sino como el estorbo de la sociedad”.

El gerontólogo afirma:

“Yo defino la vejez como una de las etapas mejores de la vida sabiendo llegar a una vejez digna, sabiéndola preparar porque la vejez es la época de descanso y además de eso tener todo el conocimiento de una vida para poderla compartir”.

La auxiliar del Centro afirma lo siguiente:

“Cuando las personas llegan a esa etapa, se tiene que ayudarlas, protegerlas, pues ellas esperan que llegue la colaboración de una persona, esperan que les colabore, que les ayude a cambiarse, a vestirse, a acostarlas pues toca estar pendiente de ellas”.

Según el concepto de los funcionarios del Centro Gerontológico de Nariño, la vejez tiene varios significados uno puede ser el cultural que se ha degenerado con el paso del tiempo, otro más emocional donde la vejez requiere protección con características semejantes a las del “viejo de edad avanzada”: “es muy probable que sea débil, se enferme y tenga dificultades para realizar alguna actividad de la vida diaria “ (Papalia, 2002, p 639), lo que describe y concuerdan perfectamente con el grupo estudiado.

Y finalmente la vejez descrita como una etapa que debe ser preparada y visualizada con anterioridad para que sea satisfactoria para quien la vive, pues ésta es el reflejo de toda la vida de la persona.



Es interesante como los familiares definen la vejez, pues en lo que ellos manifiestan, demuestran conocer las necesidades del mayor adulto, porque definen esta etapa como de dependencia y de requerimiento de amor, además de ser una etapa inevitable, llama la atención que muchos de los visitantes de estas mujeres tienen una diferencia insignificante de edad e incluso hay varios visitantes que son mucho mayores que la mayoría de las ancianas pertenecientes al Centro, la diferencia aparente es que los visitantes tienen a su cargo una familia, un trabajo productivo y una buena salud.

Los familiares más cercanos de las internas afirman sobre este tema lo siguiente:

“Es como llegar otra vez a ser un niño, requiere más cuidado, más atención, como mas, como a un niño, como más mimo”.

“Etapa de la vida en donde el ser humano vuelve a ser niño, vuelve a depender de personas adultas que estén lúcidas y físicamente bien para estar con ellas”.

“Es una etapa que vamos a llegar todos y que hay lugares donde a uno lo pueden tener”.

Como conclusión se puede decir que cuando la vejez se mira desde el exterior de su “padecimiento”, surgen conceptos que aparentemente son románticos y un tanto superficiales, sin embargo, al profundizar un poco en la vida de estas mujeres se nota que las circunstancias de su vida estuvieron rodeadas casi en su totalidad de una dependencia hacia alguien (padres o hermanos), quienes dirigieron su rumbo y su vida anterior, de esta manera se podría afirmar que continuaría de igual manera, no hay proyección y manejo de esta etapa ni física, ni emocional y menos de forma económica.

Sin embargo se encuentran dos casos donde estas personas se realizaron como mujeres formando un hogar, y son ellas quienes disfrutaban del cariño incondicional y atención de hijos y nietos cuyo afecto y responsabilidad parece ser más grande que el amor fraternal pues estas mujeres ingresan por enfermedad física para recuperación y otra con servicio de centro día para su recreación. Corroborando la teoría sobre la edad social que afirma: “los ancianos tienen roles y hábitos característicos: enviudar, el ser abuelo, el nido vacío, la llegada de la jubilación entre otros” (<http://www.unilebrebaq.edu.co>).

Cuando se les pregunta si se perciben como personas viejas, las ancianas responden en su mayoría que si ya que se sienten inútiles, tristes, pero al mismo tiempo se conforman con su situación porque la vida tiene un ciclo natural que implica la llegada de la muerte.

Así lo afirman:

“Hay ratos que me conformo y ratos que quisiera vivir llorando pero el Señor me da conformidad que voy a hacer, es visto que para morir somos”.

“Me gustaría seguir haciendo flores, pero no las puedo hacer porque la vejez no me deja”.

En otros pocos casos no se sienten personas viejas ya que todavía reconocen tener ciertas habilidades.

“No porque todavía puedo caminar, moverme, hacer esas cosas, lo que me gusta a mí; veo lo que me gusta”.

“Cuando me toma la presión Juan Carlos dice: como si tuviera 18 años”.

De todas maneras las ancianas perciben que la vejez va asociada a un deterioro físico y mental que en ellas está siendo evidente ya que no pueden

valerse por sí mismas, ésta percepción se corrobora completamente por la teoría que afirma: “Las personas ancianas experimentan de diferentes maneras la declinación en sus funciones sensoriales y psicomotoras, algunas notan un cambio completamente desfavorable, mientras que otras no perciben ninguno” (Papalia, 2002, p, 651). Todas necesitan de cuidados especiales y por tal razón están viviendo en el Centro Gerontológico.

Se encuentran casos donde la persona perteneciente al grupo de estudio, no responde a la pregunta por diferentes motivos, como es el no entenderla como consecuencia de su enfermedad, el querer evadir la pregunta, sentirse cansada o el simple hecho de no querer responder, entonces dice algo diferente a pesar de que no tiene nada que ver con lo que se preguntó, como es el caso de la siguiente respuesta:

“Pues en primer lugar yo no ofendo a nadie, yo hablo con todos los del barrio siquiera para decirles buenos días o buenas tardes, lo que sea; no la gente conmigo es bien”.

Sobre la percepción de las internas del Centro Gerontológico de Nariño, los funcionarios manifiestan que las ancianas son personas necesitadas de protección, afecto y comprensión; son percibidas como personas dependientes y así se puede entender a partir de sus comentarios.

El gerontólogo del Centro afirma:

“Por lo general el anciano siempre busca una persona que lo ayude para tener donde recostarse, busca alguien a pesar de que él lo puede hacer”.

En cuanto a este tema la Doctora de la Institución afirma:

“El término viejo es un término como despectivo para nombrar a nuestros abuelitos, realmente la forma de percibirlos a ellos es como de una familia, de personas que nos aportan, cada uno de ellos ha hecho de que nos sintamos en un ambiente familiar, de que cada uno forme parte de la familia con sus experiencias, con sus problemas, logros, todo”.

La auxiliar dice sobre este tema:

“Siento cariño, tratar de ayudarlas, tratar de que ellas se sientan bien con uno y se enseñen con uno”.

Para la realización de este trabajo de investigación, debido a las dificultades presentadas en esta población en cuanto a la recogida de datos por medio de entrevistas, se vio la necesidad de recurrir a otros instrumentos de información aparte de las entrevistas y cuestionarios, como son las historias clínicas y diarios de campo, que complementan la información recogida y dan una visión más completa sobre las características del grupo de estudio.

De acuerdo con las historias clínicas se encuentran los siguientes reportes del gerontólogo:

“Paciente que se levanta somnolienta, no duerme en la noche, grita, habla, golpea, destiende la cama, duerme en una colchoneta en el piso, hace deposición en la ropa, no controla esfínteres, se la pasa caminando por toda la casa y preguntado por la familia, no se queda ni un momento quieta, ni callada”.

“Paciente tranquila presenta algo de tos, solo en la mañana al levantarse, toma droga con facilidad, muy activa realiza ejercicios y le gusta pasear por la casa con ayuda del caminador y un auxiliar”.

En los diarios de campo se encuentran apartes que permiten vislumbrar el deterioro que presentan algunas ancianas:

“La investigadora entrega figuras complejas a F, C y M, (iniciales de los nombres de las participantes) pues ellas tienen mejor visión que CS, y entrega a CS y B figuras más sencillas, pues B sufrió un derrame cerebral y su desempeño psicomotor no es muy bueno y CS no ve muy bien”.

“La investigadora se dirige a C que ha permanecido todo este tiempo balanceando su tórax de adelante hacia atrás y murmurando palabras ininteligibles”.

Con ayuda de las historias clínicas y diarios de campo se pudo acceder a una percepción más completa sobre la vejez, observando las características del comportamiento de estas mujeres en el ámbito cotidiano, de lo cual puede afirmarse que la vejez que se percibe es llena de limitantes a nivel físico, los comportamientos de las personas grupo de estudio requieren de una atención inmediata y especializada de acuerdo a la patología presentada por éste, el comportamiento de estas personas puede afectar a las personas a su alrededor pues requiere de control que el personal adecuado puede brindarle.

Se puede concluir que los ancianos son percibidos de dos formas como una carga la cual es muy pesada para la familia, y por otro lado como un ser humano merecedor de amor y respeto, además de protección, cabe preguntarse ¿ellas necesitan protección de qué o de quién?. Otra conclusión pertinente es que estas mujeres tienen comportamientos que pueden salirse del control de personas inexpertas en el trato con pacientes de este tipo.

Algunos familiares que visitan a las ancianas opinan en su mayoría que las personas viejas necesitan la ayuda de otros ya que no pueden valerse por sí solas, ya sea por su estado de salud física o mental.

“Ella mantiene sentada, callada, triste en el día si llora, sufre más por la soledad”.

“A veces se vuelve un poquito cansona, como caprichosa, se le va la cabeza, dice cosas que no son”.

“A ella la teníamos por meses con mi otra hermana. Si, nos la turnábamos. Después ella ya se hizo fregadita, impaciente, no quería comer, así conforme está ahorita, no había el cuidado que se le da aquí, si no había, tocaba ya traerla para que gente que pueda atenderla a ella”.

“Es que ella no toma la iniciativa para nada, ella por ejemplo cuando ya se sienta es calladita y pensado pues en sus cosas, a veces cuando hablamos, cuando estamos hablando ella está pensando en otras cosas y no está poniendo atención en lo que se habla”.

Es decir, que tanto la percepción de las ancianas en cuanto al deterioro y la percepción de los funcionarios y familiares concuerdan que estas mujeres afrontan cambios emocionales y físicos generando una crisis en la familia, porque el manejo de los comportamientos de estas mujeres requieren de tiempo, paciencia y experiencia para entender lo que está sucediendo y poder manejar adecuadamente las situaciones que se presentan. Lo que conlleva a que su exterior cambie y se intente adaptar a un medio propicio para ellas como es el caso de este Centro.

**¿La vejez tiene personalidad?**

Cuando se pregunta si la personalidad ha cambiado en el transcurso de los años, las ancianas que afirman abiertamente que si, describen este como la presencia actual de dolencias y limitaciones físicas sobre todo visuales y locomotrices, que hacen que estas mujeres dependan de otras personas para hacer cosas que en el pasado eran fáciles de hacer generando en ellas ansiedad.

“El deterioro de las funciones intelectuales (memoria, atención, razonamiento abstracto, orientación, etc.), se puede evidenciar mediante la aplicación de Test de inteligencia. A través de los cuales se encuentra un enlentecimiento psíquico, determinado por los factores de tipo fisiológico y por las peculiaridades psíquicas de la vejez”. (<http://www.desarrollopotencialconancianos.com>).

Las ancianas dicen sobre esto lo siguiente:

“En mi caso si, porque antes era bien activa; yo, ya no, ya no puedo, ya no me acuerdo me olvido de todo”.

“Antes era bien no más, veía perfectamente bien”.

“Pues poquito, porque más que todo estoy sufriendo del ojito, y eso me angustia porque en mi vejez no haya quien me ayude y no poder hacer las cosas que quiero”.

“Si quien iba a creer, onde me iba a ver, si yo era, era joven, andaba a las carreras y negociaba, tenia mi real, compraba mi casa, me iba para cualquier parte, cualquier cosita entretenía la vida y ahora ya ve nada, vivo apegada a los hijos, vivo con un hijo casado...”.

“Si me dio desobligo no trabajar, enseñada a trabajar, a tener un centavo y ahora si no me dan no tengo, si no cocina la nuera, si no cocina la cocinera de ella

no como, con un dolor que tengo de esto vea, el cerebro, hay pero este dolor , el cerebro, la cabeza todo”.

Otras mujeres a pesar de que dicen que su personalidad no ha cambiado en nada, al igual que las otras manifiestan un cambio en cuanto a su salud física.

“No, mi forma de ser nada, pero no puedo hacer nada, uno no puede mover las manos ya no puede hacer nada ni pelar una papa, nada”.

“No, no he cambiado mi forma de ser, ni mis ideas pero si mi forma de vida”.

Para todas las ancianas las limitaciones físicas implican un cambio radical en su vida, pues la dependencia y la inactividad llegan a formar parte inherente de ellas siendo una característica importante de este grupo.

Sobre el cambio de personalidad los funcionarios, al igual que las participantes de la investigación notan un cambio sobre todo en cuanto al carácter de la persona, posiblemente causado por las patologías presentes en estas personas, y sobre esto dicen lo siguiente:

La Doctora así lo afirma:

“La personalidad precisamente no, cambia su conducta de acuerdo a su proceso de deterioro que vayan experimentando, realmente lo que más hace que cambie su comportamiento es la demencia senil que la vemos casi en la mayoría de las abuelitas y eso de pronto hace que cambie sus actitudes que antes tenían por actitudes a veces malgeniadas, agresivas, más no la personalidad de ellas”.

Sobre este tema el Gerontólogo de la Institución dice:

“Si o sea, a medida que uno va conociendo a cada una de las internas de la Institución, se da cuenta de que cada día que pasa se van volviendo más mimados, que toca tener más atención, que toca brindarles más cariño, mas amor,



cambian en su temperamento hay días que amanecen agresivos, como hay otros días que amanecen muy sentimentales y otros días que amanecen tristes, presentan esas tres etapas de forma cíclica”.

Sobre la personalidad en las historias clínica se puede encontrar que los cambios de humor de estas pacientes es una de las características principales, pues fluctúa de acuerdo a su enfermedad y capacidad física, se tienen entonces las siguientes anotaciones del gerontólogo:

“Paciente que pasa regular noche un poco activa, la droga nueva surte efecto, en el día presenta actividad y un poco de depresión, participa en actividades”.

“Paciente que se levanta un poco malgeniada, no permite nada, toma la droga con dificultad, hace deposición, no es muy comunicativa y no colabora con las actividades”.

“Paciente en continua actividad en ayudar a sus compañeras participa en actividades”.

“Paciente tranquila, llega un poco triste, se relaciona con las demás compañeras”.

En cuanto a la personalidad los diarios de campo muestran como la personalidad de la mujer mayor adulta de éste Centro, interfiere a veces hasta con las actividades de recreación destinadas para ellas.

“CC abandona la sala a la mitad del ejercicio porque no le gusta y manifiesta a la investigadora con voz y cara de enojo: “yo no sé para qué hacer esto, yo creo que esto no sirve para nada”.

Es así como con lo afirmado por los funcionarios del Centro, se puede concluir que la personalidad y comportamiento del anciano si cambia, sobre todo su

carácter se vuelve fluctuante, se vuelven más necesitados de comprensión y cariño, puesto que las enfermedades que padecen causan mucho dolor, confusión y soledad, porque son patologías cuyos síntomas son difíciles de manejar para personas que no están preparadas para esto. Igualmente las ancianas perciben este cambio, puesto que sus dolencias hicieron cambiar su forma de vida, su rol ante la sociedad y su ambiente cotidiano.

### **Diez años más, diez años menos**

Al preguntar sobre si hay diferencia de cuando tenían 50 años a su edad actual, las ancianas encuentran una gran diferencia porque las enfermedades han tenido un desarrollo progresivo y han ido limitándolas paulatinamente hasta no poder desarrollar actividades que antes eran cotidianas, esto es semejante a la teoría que dice lo siguiente:

Papalia (2002) al respecto afirma que: Las personas ancianas experimentan de diferentes maneras la declinación en sus funciones sensoriales y psicomotoras, algunas notan un cambio completamente desfavorable, mientras que otras no perciben ninguno (p, 651).

“No pues bastante, porque cuando yo tenía 50 años yo no me olvidaba de nada, pero después me salió la enfermedad, entonces tuve que seguir tomando droga, y esa droga mas me acabo pues tengo que tomarla todos los días”.

“Me gustaba todo, era alegre, me gustaba paseos, trabajos bonitos así como de dibujos, es una diferencia enorme”.

“Hasta los 50 yo hacía todo amasaba, todo, cosía, lana hasta sombreros todo tejía, hilaba, tenía de todo, todos los que me ven dicen: “como sabía hacer todo”.

Sobre la diferencia de la edad actual y los cincuenta años, Una de las ancianas casadas relaciona este cambio con la dependencia actual de ella hacia sus hijos, a quienes siente como responsables de ella tanto económicamente como emocionalmente.

“Bueno, dando gracias al Señor demasiado enferma no, demasiado pobre tampoco no soy porque tengo mis hijos y me dan, ellos verán por mí, y mis nietos son hijitos, hace unos ocho o diez años hacía costura, hacía sobrecamas, sacos cualquier cosita y me daban algo, ahora ya no, no hago nada la vista me cansa”.

Los familiares al igual que las ancianas relacionan el cambio que han sufrido de cuando tenían 50 años a la actualidad, con la disminución o limitaciones en su actividad física e independencia y desarrollo de un trabajo, pues antes eran independientes y ahora dependen de otros hasta para las actividades más sencillas.

“Si ha cambiado mucho, ella trabajaba eso de flores hacía ella, trabajaba unas cosas bonitas pero ahora ni cuenta de nada, uno se siente mal, se impresiona, conociéndola como fue ella”.

“Si porque ella llevaba la casa, ella fue excelente hermana, ella cuidó a todos los hermanos”.

Se puede afirmar entonces que en general ancianas y familiares relacionan el cambio del paso del tiempo con el cambio de actividad, y dependencia del mayor adulto, antes eran personas hábiles, productivas, que tenían una labor clara que desempeñar en la vida y que paulatinamente se habían convertido en personas difíciles de manejar, incapacitadas y presentan un deterioro notable a nivel físico y mental que emocionalmente les afecta tanto a ellas como a sus propios familiares.

## Un presente sin futuro

A la pregunta cómo se sienten actualmente, la mayoría de ancianas perciben la actualidad como un aspecto negativo, debido a las enfermedades que padecen, la pérdida paulatina de sus facultades físicas y mentales, a la pérdida de su vida social y familiar, a los deseos de encontrarse en lugares conocidos, y a la falta que le hace el hogar que las ha abandonado, es entonces cuando recurren a lo único que le puede brindar un poco de consuelo y paz, y es la fe y la oración, que les otorga la inmensa capacidad de la resignación a la situación que al parecer para casi todas produce desasosiego y dolor.

Así lo afirman estas mujeres:

“Tengo que aceptarla porque sino peor fuera si yo no aceptara todo esto”.

“Siempre un poco mal, porque es distinto estar alentado a estar enfermo, no me siento bien, ahora en estos días me atacó la vista, no veo bien”.

“Yo quiero irme a la casa, me conformo con la voluntad de Dios, que sea lo que Dios quiera si uno se encuentra en esta situación es por la voluntad de Dios”.

Sin embargo, hay una minoría de este grupo que afirma sentirse bien en la actualidad, aclarando que se sienten bien dentro de la Institución, pues el trato del personal vinculado a este Centro puede brindarles la compañía, atención y comprensión que no reciben de su familia por diversas razones. De igual manera la teoría confirma las respuestas encontradas en esta investigación así:

Montañés (2001) afirma que: la actividad, los recuerdos positivos, la libertad sobre el estilo de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, una continua participación en actividades gratificantes y una buena salud, permiten una adecuada aceptación de esta etapa de la vida (p, 209)

“Yo estoy contenta aquí, como dicen mis hermanas se enseña, yo les digo si, sino, no estuviera aquí, aquí son buenos”.

“Si, estoy contenta”.

Los funcionarios tienen una percepción de cómo las internas se sienten actualmente y así lo manifiestan:

La Doctora de esta Institución afirma que:

“Manifiestan estar contentas porque han encontrado entre sus compañeras, entre el personal del Centro y entre nosotros mismos también, un ambiente en donde pueden desarrollarse tal y como son, sin temor a prejuicios, pues de pronto en sus casas hay un poco de interés hacia ellas esas son personas que de pronto tiene alguna propiedad, manejan algún tipo de dinero y en cambio acá miran de que nosotros no solamente prestamos un servicio como tal, nos familiarizamos con ellos, eso los hace sentir muy contentos, nuestra preocupación las hace sentir queridas, se sienten acogidas”.

Sobre este tema el Gerontólogo dice que:

“Tristes, la mayor parte, tristes porque se sienten incapaces de hacer muchas cosas por su voluntad o porque la Institución tiene requerimientos y unas reglas las cuales ellas no pueden violar, lo que en su hogar o donde ellas hayan vivido no tenían estas represiones como: salir a la calle y darse una vuelta, entrar a la cocina y degustar algo que estén haciendo antes de la hora de los alimentos, bueno cosas que para ellas dentro de su hogar o donde estaban viviendo eran rutinarios , las podían hacer porque estaban en su casa pero dentro de la Institución hay unas normas mediante las cuales ellas se rigen, entonces siempre

hay unos límites, unas barreras para que su estadía o su felicidad dentro de la Institución sea completa”.

De acuerdo a lo manifestado por los funcionarios se confirma en gran medida lo dicho por el grupo de estudio, como es la forma de percibir el presente donde se puede resaltar una que tiene que ver con la parte interna o estado emocional de la persona donde el presente es generador de tristeza por la vivencia de esta etapa de la vida, donde incluso la casa donde viven no es la suya y a pesar del cuidado y amor que se les brinde, no tiene comparación con el hogar y la familia propia, sin embargo hay elementos que fortalecen este presente como es la calidez que brindan los funcionarios del Centro que según las internas permite sobrellevar esta situación.

### **El paso inevitable del tiempo libre**

Con respecto a la forma como estas mujeres utilizan su tiempo libre, algunas ancianas recuerdan las actividades que hacían antes, relacionan esto con la utilidad de ellas mismas hacía personas que requerían de su ayuda, ahora son ellas quienes necesitan esta, además relacionan la imposibilidad de realizar actividades que les gusta por sus limitaciones físicas, de tal manera que el tiempo libre, que es todo el día, no hacen nada sino las guían otras personas.

“De vez en cuando toca tejer, antes sabía hacer en la casa, le sabía ayudar a mi mamá en los quehaceres de la casa, a cocinar, a hacer los mandados, hacer compras y eso, ahora ya se acabó mi mamá que pena que da. Estoy solita”.

“Ahora no puedo, sin poder ver ni nada”.

“Antes a mi me gustaba tejer colchas, me hacía cualesquier peso, ahora no porque no veo bien, ahora yo no hago nada, no me gusta hacer nada”.

“Bueno me gustaba porque ahora ya no puedo hacerlo, me gustaba dibujar, hacer flores, dibujar cositas”.

Sin embargo hay ancianas que utilizan su tiempo libre en actividades más espirituales como es la oración que al parecer les brinda calma y aceptación, pues ellas manifiestan sentir próximo su desenlace, y están preparadas para este; de igual manera la teoría proporciona un apoyo para entender la posición de estas mujeres:

Carstensen (1990) afirma lo siguiente sobre este tema: la teoría del descompromiso supone que este cambio se debe a la disminución de energía que tiene el sujeto y al proceso de adaptación a las implicaciones que tienen esta etapa, se protegen emocionalmente para disfrutar las actividades que tienen, dar sus afectos y evitar el sufrimiento pues se sienten cerca de la muerte (p, 59).

“A mi me gustaba todo, un baile era bueno y así una fiesta, actualmente lo que me gustaría es rezar y pedirle al señor que derrame sus bendiciones sobre mi y el día de la muerte me reciba en sus santos brazos, y que vele por mi familia, mis hijos y mi esposo”.

“Pensar en la tristeza y pensar que será de mí mañana o pasado yo tengo ya hasta el puesto comprado en el cementerio, como uno ya se va a morir que me entierren ahí”.

Pero también se presenta que algunas de estas mujeres disfrutaban de las actividades recreativas que realizan en la institución, o que hacen lo posible por ocupar su tiempo en alguna actividad.

“Aquí como poco tiempo libre nos dejan, ya haciendo ejercicios, ya pintando, ya cantando, jugando de todo, aquí hacemos de todo, y yo las hago, si me gusta,

hago lo posible por hacer lo que me mandan, si porque que va a hacerponerse a decir no me gusta, no quiero, no puedo, no lo voy a hacer, yo no lo que dicen que hagamos lo hago”.

Los funcionarios manifiestan sobre el tiempo libre de estas mujeres que hay actividades programadas y actividades que las internas dirigen según sus deseos como es el descanso y la oración, que al parecer son actividades internas que son reforzantes para estas personas; sin embargo, se puede notar que la interacción social y la actividad física son prácticamente abandonadas por este grupo, quizá sea como consecuencia del estado de su salud física y mental.

Sobre el tiempo libre de las internas, la Doctora de la Institución dice que:

“El tiempo libre ellas básicamente lo emplean para rezar, porque el resto del día lo tienen programado con diferentes actividades diseñadas de acuerdo al plan gerontológico que se está manejando, entonces el tiempo libre lo emplean para rezar o para tomar el sol que en muchas ocasiones prefieren hacerlo sin hacer ninguna actividad , disfrutar el ratico que hay sol”.

El Gerontólogo afirma que:

“La mayor parte del tiempo libre que se encuentran las internas lo que hacen es descansar, dormir, por decir algo después del almuerzo la siesta para todas es sagrada, es tiempo libre que ellas lo podrían utilizar en otras actividades pero predomina el dormir”.

La auxiliar dice que:

“Juegan, cantan, ríen a ratos se las escucha que conversan y ríen”.

De acuerdo a las historias clínicas se encuentra en las anotaciones del gerontólogo los siguiente sobre el tiempo libre de las pacientes del Centro:



“Paciente tranquila, madrugadora, reza, cante, teje en lana, le gusta el fútbol y las noticias”.

“Paciente tranquila, participa en actividades, se realizan ejercicios de memoria, hay poca participación”.

En los diarios de campo se encuentra que las mujeres del Centro utilizan el tiempo libre en diferentes actividades, estas siempre están dirigidas y coordinadas por personas jóvenes, y que ayudan a que la anciana realice estas tareas, incluso en la escogencia de cosas sencillas como el color de las figuras, por otra parte hay grupos de personas diferentes a los funcionarios del Centro que acuden a esta Institución con el fin de realizar actividades con este grupo de mujeres; estas personas pertenecen a instituciones educativas en su mayoría y a grupos religiosos. Es necesario resaltar que para los diarios de campo se realizaron actividades dirigidas a la obtención de datos y con respecto al tiempo libre se encontró lo siguiente:

“JC dice: “eso es mentira ella se molesta por todo cuando no le hacen escoger”, la investigadora entrega a cada una de las participantes un pincel, pero M no lo recibe, la investigadora insiste y M lo recibe e inmediatamente lo pone en la mesa. La investigadora pregunta: ¿F qué color quiere?; F: ¿qué color será de pintar el sombrero?. La investigadora responde: “el color que usted quiera?. F: “Dígame usted para pintar””.

“Las participantes comienzan a hacer ejercicios, permanecen sentadas y comienzan con ejercicios de la cabeza adelante y hacia atrás, luego ejercicios de hombros, brazos, tronco y manos, al terminar hay un momento de silencio y cada una mira al espacio”.

“Llega una mujer y un hombre que pertenecen a una comunidad cristiana y todos los viernes y miércoles a las 4:00 p.m., van a rezar y a dar la comunión en el Centro Gerontológico, todas las participantes rezan y reciben la comunión. A las 4:35 p.m., termina la comunión, la visita se marcha y las participantes cantan canciones religiosas”.

Es claro que de acuerdo con lo trabajado en este capítulo envejecer, (para ellas y las otras personas entrevistadas) si implica un deterioro profundo, ya que hay un cambio radical en sus vidas: pasar de ser unas mujeres independientes, activas, trabajadoras, alegres, con deseos de vivir y útiles a la sociedad a convertirse en mujeres que necesitan de otros para realizar actividades mínimas como vestirse, ir al baño, caminar, comer, totalmente dependientes y con pocos deseos de vivir, de alguna forma esperando la muerte.

### **¿Y las relaciones familiares y sociales también sufren su propio deterioro?**

Para identificar a la población estudio, fue necesario estudiar la relación de este grupo con su familia, que puede estar constituida por las personas más cercanas a ella aunque no sean familia por consanguinidad, este es un punto de apoyo para la identificación pues da luces sobre el origen de estas personas; el cambio que sufrieron estas relaciones a través del tiempo; los motivos de su ingreso a la institución; las razones de por qué teniendo familiares cercanos con posibilidades económicas, el mayor adulto se encuentre alojado en una Institución alejado de sus parientes; aclarar las posibles razones para haber llegado a la situación actual y determinar si es posible considerar ¿si estas mujeres son consideradas como un estorbo para su familia? o ¿en realidad estas personas

necesitan un personal capacitado y un establecimiento adecuado a las características personales del mayor adulto?.

### **¿Por qué estoy aquí?**

Al indagar sobre las razones que tuvieron estas mujeres para su ingreso al Centro Gerontológico se puede encontrar que algunas manifiestan ingresar por una lesión física, estas personas saben en concreto la razón de su ingreso.

“Porque me caí, y estuve mala con una pierna, no podía caminar, por eso me trajeron y un raspado que tenía en el tobillo; mi sobrina me trajo como ella no podía cuidarme, porque ella es empleada no podía cuidarme no ve que yo no podía caminar”.

“Por las enfermedades, sino no hubiera venido a parar aquí”.

En otro caso según la propia persona dice no tener una persona de su familia aparte de sus padres que se haga a cargo de ella y es la razón de su ingreso

“Porque se acabó mi mamá y mi papá, por eso fue”.

Es interesante encontrar que algunas de estas mujeres fueron ingresadas de una manera poco adecuada, a pesar de que la aceptación del sitio fue casi inmediata su ingreso se hizo por medio del engaño.

“Porque yo estaba acostada, entonces fue mi hermana y me dijo: “Será que me hace el favor de acompañarme a una misa con unos amigos”, yo acepte; cuando ya estaba acá, mi hermana me dijo “tengo que hacer unas compras a las tres vuelvo” y no volvió, nos dieron de comer, el café y todo, después la Doctora de la Institución me llamó y me dijo: “¿A usted le gustaría estarse aquí con las abuelitas, le gustaría?” yo le dije: “hay doctora que lindo que fuera” porque por allá solo me tienen contando carros y desde entonces vengo”.

También se encuentra con mujeres que debido a su condición mental, manifiestan una razón ilógica de su ingreso y permanencia en el Centro.

“Porque me gustaba mucho, nos reunimos entre varias muchachas y nos pusimos allí y nos dedicamos en eso por el bien de la humanidad que tengo acá en el corazón”.

“Cerca de la casa, camina, frente a la casa”.

La Doctora de la Institución afirma que:

“Yo considero que los pacientes que nosotros tenemos actualmente, son los pacientes problema de la familia, por qué los llamo pacientes problema: porque son pacientes que ya no son del manejo de la familia, pacientes que ya presentan su demencia senil, que por lo tanto alteran el orden que siempre llevaban, pacientes que requieren cuidado especializado o cuidados las 24 horas del día”.

El Gerontólogo afirma:

“La mayoría de aquí de los internos quieren salir, quieren que se los lleven, porque piensan que la familia los ha venido a votar siendo que ellos eran funcionales todavía; hay excepciones como el caso de dos pacientes que han venido por cuestión de enfermedad, una por un pie y la otra por una fractura, y están esperando recuperarse para salir inmediatamente de aquí, pero los demás están porque la familia los ha traído porque no tienen tiempo para estar con ellos y están abandonados en la casa o una infinidad de argumentos más”.

Los funcionarios muestran que el mayor adulto que pertenece a esta Institución, ingresa a ella por diferentes razones como es su salud física y mental, dificultades que presenta la familia para el manejo de su anciana, crisis familiar generada por el mayor adulto entre otras muchas razones.

Sobre las razones que tuvieron para el ingreso de las ancianas a este Centro los familiares, tienen diversos motivos, comenzado porque desean que su mayor adulto tenga una actividad y se relacione con personas de su misma edad para que se sienta mejor.

Y así lo afirman:

“Tal vez porque ella en la casa no hace muchas cosas, entonces mantiene sentada ahí y uno no la puede obligar a hacer nada, viene aquí más para que tenga compañía y pues hable con las amigas, se relacione con la gente, porque allá estamos las dos no más”.

“La razón es porque ella en la casa se encuentra en una situación como vegetando, no tiene ninguna actividad”.

Otros familiares manifiestan que el cuidado que requiere la anciana no se lo pueden brindar en su casa porque no tienen tiempo y ven que la mejor opción es que personas capacitadas cuiden de ella, para la toma de estas decisiones, generalmente se hacen bajo la autorización de la mayoría de la familia (hermanos).

“Porque ella aparte de que no tiene hijos, solo nos tiene a nosotros y muchas veces uno se dedica a sus quehaceres y no le presta mucha atención entonces necesitábamos que ella esté en una institución donde la cuiden, porque ella se estaba paralizando, ella se estaba descuidando de sí misma y uno tenía que dedicarse a su trabajo, entonces la mejor opción para la familia era tenerla en un lugar donde este aseada, este con un tratamiento y la estén vigilando”.

“Todos los hermanos hicieron una reunión y decidieron traerla a ella para que esté desvinculada de mí, ella se encontraba sola, era mejor traerla aquí, que

tenerla yo, y traerla aparte para que la cuiden a ella porque ellos estaban muy ocupados por las actividades de ellos con el trabajo de ellos entonces buscaron un sitio”.

En otros casos la familia dice ingresar al mayor adulto a esta Institución porque ellos no tienen hijos que se hagan cargo del anciano y la persona que esta anteriormente a cargo de estas mujeres ha fallecido, ha conformado su familia tienen esposo, hijos o simplemente no tienen tiempo porque trabaja.

“Es que ella vivió con una sobrina, ella crió dos hijas de ella, pero como la una se casó y la otra sobrina trabajaba, entonces resolvimos los hermanos traerla aquí, porque ella no tiene más ella es soltera, no tiene hijos, no tiene quien la cuide”.

“Yo no estuve en el momento de traerla acá, yo no estaba en Pasto, apenas llegué y mi hermano me informa que la habían traído aquí”.

“A que falleció mi madre y ella quedó huérfana y entonces nadie podía hacerse cargo de ella, además es soltera y no hay donde ubicarla porque todos somos casados y tenemos familia”.

Todo este proceso está descrito de forma muy clara con la teoría.

Papalia (2002) afirma sobre este tema: Mucho ancianos no desean vivir en Instituciones y la mayoría de los miembros de la familia no desean que eso ocurra. Con frecuencia, los ancianos sienten que ingresar en una institución es signo de rechazo e ingresan a regañadientes. Los hijos los llevan con excusas y gran remordimiento. Sin embargo, en ocasiones, el ingreso parece ser la única solución debido a las necesidades de la persona anciana o las circunstancias familiares (p, 694).

Se puede concluir que existen infinidad de razones por las cuales el mayor adulto es ingresado a la Institución, estas se pueden resumir de esta manera: el mayor adulto al tener una enfermedad física o mental requiere de atención y depende hasta en las cosas más simples de otras personas; la familia no quiere o no puede brindar esta atención y paga para que se la den otros, un factor importante que se observa y es necesario resaltar es que los familiares entrevistados son hermanos de las mujeres internas en este Centro y son ellos quienes afirman que las ancianas no tienen “hijos” o a “nadie” que se haga a cargo de esta persona.

Para entender mejor esta situación se debe tener en cuenta que las familias han ido transformándose de familias extensas donde se podía encontrar dos o más generaciones viviendo en la misma casa, a familias nucleares donde se encuentra a los padres, hijos y muy pocas veces a los nietos compartiendo la misma casa; lo cual genera un cambio afectivo a nivel cultural y social pues los lazos familiares cada vez se están reduciendo más. Quizá se éste uno de los factores que incide profundamente en la forma de cuida que reciben las mujeres mayores adultas vinculadas a éste Centro corroborando de forma la teoría que afirma lo siguiente: “En la manera como las familias abordan estos aspectos se expresan sus raíces culturales” (Papalia, 2002, p. 699)

Los familiares que se muestran reacios a las entrevistas, que tratan de evadir la responsabilidad del hecho que su hermana este “relegada” en una Institución con frases como : “es que yo no estuve en Pasto cuando mis demás hermanos tomaron este decisión”, en su actitud y gestos de culpa por el estado de su familiar , con llanto, con agresividad al hablar de su mayor adulto, ¿pueden guardar en el

fondo el deseo de que su hermana, que al parecer y según sus propias palabras son como una carga dolorosa, albergan la esperanza de que el desenlace final llegue con prontitud para que su anciana y sobre todo ellos descansen de esta situación tan penosa?, pues esta genera una crisis interna dentro de la familia tanto económica como emocional.

### **Mis relaciones familiares antes eran...**

Las mujeres pertenecientes al grupo de estudio manifiestan que sus relaciones familiares hablando sobre las relaciones del pasado encuentran una gran diferencia, puesto que gran parte de estas mujeres tenían una relación muy estrecha con sus padres, cuando estos mueren estas mujeres dejan de depender de ellos para depender de otros familiares más cercanos generalmente sus hermanos, quienes por diversos motivos como la falta de tiempo, la falta de espacio, la incapacidad para manejar a su mayor adulto, optan por llevarlos a un sitio como el Centro Gerontológico, también es importante resaltar que las ancianas consideran de alguna manera no tener familia, por el hecho de no tener hijos y esposo, a pesar de tener a sus hermanos y demás familiares, por otra parte también es importante entender que la anciana sabe y acepta que su familia no quiere estar con ella, que ella implica dificultades al interior de la familia de la persona que esta a cargo del mayor adulto.

La teoría del descompromiso permite entender mejor este tema así: “el núcleo de esta teoría está la creencia de que el abandono social es mutuo, natural y de adaptación” (Carstensen, 1990, p,58)

Algunas afirman que :



“Nosotros como vivíamos con mi papá y mi mamá en una casa que teníamos, de ahí la vendieron y toco venirse para acá, los demás como tienen familia y no tienen como, no tienen tiempo no quieren y toco venirse para acá”.

“Antes cuando vivía mi padre y mi madre estaba bien no más, vivíamos en la casa”.

La Doctora dice que:

“La verdad, las relaciones familiares dependen de cada paciente, pues como hay pacientes que tienen familias muy funcionales, hay otras en las que el Centro ha sido un escape de los problemas familiares, porque de pronto la familia se torna demasiado problemática con los problemas por todos lados, entonces ven acá como un escape, entonces varia mucho de paciente a paciente”.

El Gerontólogo afirma que:

“La mayoría de los pacientes que están dentro de la Institución, tienen una clase de patología, ya sea física o enfermedad psicológica y los familiares los han traído porque no pueden manejar esa patología, en unos casos que tenemos aquí marcos de demencia senil que en el hogar o donde estaban viviendo no lo han podido manejar y no han podido suministrar los medicamentos que el especialista les ha mandado en caso de enfermedad física como fracturas todos los de traumas, son familiares que tampoco han podido manejar esta situación y por eso los han traído acá, pero en sí es la ocupación de la familia en su mundo, en conseguir recursos más que todo lo han aislado a quien les dio la oportunidad de ser algo en la vida”.

De acuerdo a los funcionarios las relaciones familiares antes del ingreso, al parecer son difíciles o se maneja un conflicto generado por las características

propias del anciano, que posiblemente desencadenó una crisis interna familiar, una situación de la cual se querían escapar, es decir que el anciano en sí constituye un problema, tanto por su patología, el tiempo que se le debe dedicar, como el manejo de medicamentos, una carga pesada difícil de sobrellevar que se puede delegar en otros; es entonces que a través de la investigación se pudo observar que los familiares se sienten impotentes ante este problema, pues los lazos de afecto que lo unen con estas mujeres son fuertes, sin embargo su vida propia y desarrollo personal se ve interferido por el mayor adulto, es entonces cuando se comienza a delegar el cuidado por temporadas hasta el momento que la familia opta por recluir a estas personas en el Centro asumiendo un costo elevado, tanto económico como emocional porque hasta el mismo hecho de visitar a estas mujeres genera culpa manifestada en ansiedad, tristeza y agresividad que se puede observar fácilmente al hablar con los visitantes quienes lloran, recriminan a los demás hermanos por el abandono que todos, incluso ellos mismos, han asumido con su familiar.

### **Mis relaciones familiares hoy son...**

A la pregunta como son sus relaciones familiares actualmente en algunos casos se presentan dificultades, puesto que las ancianas deben exigir un poco de tiempo a sus familiares, y en otros casos las relaciones familiares son tan distantes que la anciana considera a otras personas amigos o empleadas de servicio como su familia.

“Los domingos y los festivos vienen, toca llamarlos de aquí, como ellos tienen teléfono y no llaman siquiera yo tengo que llamar, un domingo estuvo un hermano, otro domingo viene otro, como son cinco hermanos, cada domingo viene uno”.

“Son con una vecina y las muchachas que me acompañan, pero pues ella es como empleada, con ella, la que tengo ahorita tiene una niñita, entonces vivimos las tres y hasta que ellas se vayan, mi familia ha sido muy distante yo de ellos no espero nada”.

El anciano entiende perfectamente como es la relación con su familia incluso en los días críticos de su patología; sin embargo el mantener un contacto así sea mínimo y por obligación por parte de sus parientes es gratificante para ellos, pero esto no implica que ellos manifiesten la realidad de su situación, el desapego por parte de la familia, el olvido al cual están sometidos que genera desilusión para estas mujeres, una desilusión que las encamina emocionalmente a ser aún más frágiles y a recurrir a lo único que les puede dar tranquilidad y sosiego: la oración.

Hay también ancianas que afirman tener buenas relaciones con su familia, pues de estos familiares dependen todas las comodidades que esta les proporciona, ya sea las comodidades materiales como las emocionales.

“Son bien pues, como familia yo los quiero, los estimo y ellos me ayudan también”.

“Bien, todos me tratan bien, todos me dan lo necesario porque ya no puedo trabajar “.

“Los familiares, no ellos me quieren mucho los nietos ellos me adoran me vienen a dejar, me vienen a traer, así me llevan a pasear”.

“Como ya no hay nadie... hijos no más los demás ya no vienen aquí ya no me vienen a ver las otras familias, ni mis padres, vienen sobrinos a verme aquí”.

Para la Doctora de la Institución, las relaciones familiares se presentan de diferentes formas, teniendo en cuenta que hay familias que están pendientes de su anciano, y familias que no lo están, las consecuencias de esta situación se manifiestan entonces en el estado emocional y físico del mayor adulto, confirmando la importancia que tiene la familia para el anciano indiferente de las enfermedades que este padezca.

“La verdad es que tenemos algunos de nuestros pacientes son visitados con mucha frecuencia tanto por sus familiares como amigos, vienen a visitarlos a mirar cual es su evolución, como han seguido y sobre todo para saludarlos y traerles algunos detalles, tenemos el caso de otros pacientes que no cuentan con la visita de absolutamente nadie, teniendo en cuenta que sus familias viven aquí, o sea prácticamente se encuentran en un estado de abandono; realmente realizan el pago normal de las obligaciones aquí con el Centro, pero no los visitan, no los sacan a pasear y eso contribuye a que ellos entren en procesos de depresión y que fortalezcan esa idea de que son inútiles, de que ya no sirven para nada”.

El Gerontólogo de la Institución afirma que:

“Todos vienen la familia a visitarlos, en algunos casos son aquí relegados, la familia no los visita, o toca llamarlos para que los vengan a visitar, de los siete internos que hay son visitados tres, el resto toca llamar para que los vengan a visitar”.

De acuerdo a lo informado por los funcionarios del Centro, reafirman lo dicho por las ancianas, que es la poca relación familiar que posee estas ancianas y

posiblemente la confirmación que tienen estas mujeres de que son una carga para su familia.

Con las historias clínicas se puede observar el papel que cumple la familia con las mujeres que pertenecen al Centro Gerontológico y se tiene los siguientes reportes:

“Paciente tranquila, toma su droga con dificultad, desayuna bien y es visitada por sus familiares y esto la motiva a realizar actividades y ejercicios”.

“Paciente tranquila toma la droga, se encuentra muy contenta por la visita de los familiares, come muy poco”.

“Paciente que es retirada por la familia para un control psiquiátrico, regresa en el mismo estado de somnolencia, si recibe alimentos”.

La teoría aporta y confirma lo encontrado en esta investigación, donde el apoyo familiar es importante para el anciano: “La familia es la principal fuente de apoyo emocional. Cuando se carece de este apoyo, o las relaciones familiares son tensas o inexistentes, los efectos negativos pueden ser profundos” (Papalia, 2002, p, 699)

Con respecto a las relaciones familiares actualmente con los diarios de campo se puede afirmar que estas mujeres son visitadas escasamente, las visitas causan una reacción emocional inmediata y muy variada no solo de la persona que es visitada, sino también por las demás personas del grupo.

“A las 3:40 p.m., entran dos señoras que vienen a visitar a A, F dice: “a la sala allá son las visitas, no M”; 4:10 p.m., la visita de C se sienta a la mesa y F y M son las únicas que hablan con ellas. 4:20 p.m., se va la visita y las participantes se quedan en silencio”

“4:15 p.m., llega una visita para C y ella comienza a llorar inmediatamente reconoce a las visitantes, C atiende su visita en la sala”.

De acuerdo a las historias clínicas y diarios de campo se corrobora el efecto positivo que tiene el contacto con la familia sobre las internas de la Institución, pues esto las motiva para la aceptación de las terapias de rehabilitación y terapias médicas.

Algunos familiares afirman sobre las relaciones con las ancianas que sus interacción se limita al número de visitas que le hacen al mes, confirmando de esta manera que las relaciones familiares con el mayor adulto de esta Institución son en su mayoría distantes.

“Ella vive con nosotros, pero ella tiene cinco hijos más que no la visitan”.

“Yo vengo a verla cada vez que puedo, ahora no he venido hace casi unos seis meses”.

“Nosotros venimos cada quince, cuando estamos aquí, cuando hay tiempo venimos a visitarla, cada mes venimos a pagar, siempre estamos al cuidado de ella”.

Se puede concluir entonces que las relaciones familiares de la mujer mayor adulta del Centro Gerontológico, son en su mayoría muy pobres o casi nulas, dando una razón más del porque están internas en esta Institución. La mujer mayor adulta de este Centro se caracteriza por tener relaciones determinadas por la familia y el tiempo que le quiera dedicar al anciano, esta Institución cuenta con un horario amplio para visitas, y el personal se muestra siempre dispuesto a la recepción de la familia de estas mujeres porque conocen la importancia de este contacto y el efecto que tiene a nivel emocional sobre la anciana, sin embargo la

familia se muestra reacia en la mayoría de los casos a tener contacto con las ancianas, estas personas creen que el pago mensual es suficiente y que esto significa “estar a cargo del mayor adulto”, cuando acuden al pago de las obligaciones muchas veces ni siquiera saludan a su familiar y las pocas veces que lo hacen es porque los funcionarios de la Institución los inducen a hacerlo, notándose de esta manera que el mayor adulto es una responsabilidad pesada para su familia, en la actitud hacia ellos se puede ver la culpa al sentirse así, y de ver así a su familiar, pues a menudo se puede ver como los visitantes lloran desconsolados y en silencio al lado de las ancianas.

Cuando se preguntó a las ancianas vinculadas a este Centro sobre cómo perciben a su familia en la situación actual, algunas ancianas tienen una percepción negativa de esta, se sienten incomprendidas y abandonadas por su familia, a pesar de que algunas viven con ellos, demostrando que la presencia física no es importante, sino que lo importante es la manifestación de interés y afecto por esa persona.

Así lo afirman estas mujeres:

“Nada, tengo que estar con ellos, no me siento bien con ellos, me deben casi dos millones”.

“De vez en cuando que vienen yo los recibo bien, en veces vienen ha hacer cualesquier cosa, porque como viven retirados”.

Sin embargo, hay otras ancianas que perciben positivamente a su familia igual que siempre, pues ellas sienten mucho cariño por esta y de alguna manera se sienten correspondidas.

“Pues lo mismo, estamos con la misma voluntad que tenían antes”.

“Bien todos han sido bien me han tratado bien, yo los recibo con todo cariño”.

“A veces la familia viene, hay ratos que son tan buenos, estamos todos unidos, ellos también tienen ratos de contrariedad, vivo con dos nueras, nietos hasta bisnietos tengo”.

### **¿Será que me comunico y se comunican conmigo?**

Sobre como es la comunicación con su familia, las ancianas ven que la única forma de comunicarse con sus familiares es que ellos las visiten, puesto que la mayoría no viven con ellos. Y así lo afirman:

“De vez en cuando hablo con ellos, cuando vienen a llevarme a la casa allá converso”.

“Ahora se ha puesto mala, no ve que como ellos poco vienen, yo mas bien que la comunicación es con las chicas que me acompañan, con ellas es bien”.

“Pues cuando vienen, porque sino como, no puedo comunicarme en otra forma solo cuando ellos vienen y ellos me tratan con todo cariño”.

“Dos veces han venido a visitarme, a pesar de que para llegar aquí es largo y cuesta plata y a pesar de eso han venido a visitarme”.

“Aún cuando sea vienen, los he llamado y vienen”.

En los diarios de campo se encuentran apartes que permiten entender las diversas formas de comunicación que las mujeres mayor adultas utilizan para darse a entender, esto debido a impedimentos y limitaciones físicas, además de que muestran las características de este grupo, pues la mayor parte del día permanecen en silencio, el dialogo que mantienen con los demás es corto, las frases que utilizan generalmente son cortas y son de difícil acceso para entablar una conversación.



“Durante los ejercicios con la pelota F es la única que hace comentarios y ríe, son comentarios que no se entienden, pues son palabras y frasea a medio terminar”.

“H muestra su cabeza con las manos y dice: “me duele ¿y no sé por qué?”, pone la cobija que tiene en sus piernas sobre la mesa, solloza un momento y luego se queda mirando al espacio; CS dice: quiere estar libre de la cobija”.

“H se siente incomoda y comienza a hablar en voz muy alta y en varios idiomas, las demás participantes la miran y permanecen en silencio”

Algunos familiares afirman que la comunicación con la anciana ha cambiado pues, al parecer ellos tienen dificultad para entender al mayor adulto sea por sus limitaciones físicas o mentales y en algunos casos por la distancia que genera otro tipo de impedimento para relacionarse con su mayor adulto.

“La comunicación con ella ha cambiado hartito, ella ha cambiado mucho”.

“Ahora que venimos nosotros, así cualquier cosita charlamos, decirle a ella yo estoy mal, yo estoy esto no, nada”.

“Pues únicamente por teléfono, pero si frecuentemente”.

“Pues desde que ha estado acá en el centro ahora ha estado como más cohibida, ella en la casa no, conversábamos todo, acá nos dice que no quiere estar acá y que no quiere estar acá”.

“Mala porque todo el mundo toda la familia, toda la sociedad dice que un anciano ya es como pasado de moda, antiguo, ambiguo es gente vieja, es obsoleto, entonces todo el mundo quiere evadir generalmente no se los tiene en cuenta, generalmente no se los tiene en cuenta en los gustos de ellos a pesar de

que estén enfermos, ella habla todo lo que quiere, si se le habla duro ella entiende perfectamente”.

La comunicación tanto para los ancianos como para los familiares, implica una dificultad, tanto del familiar para entender al anciano, como del anciano para entender a su familiar, es una ruptura incrementada por las concepciones culturales, por la poca frecuencia de las visitas que se realizan, además de que los familiares tienen dificultad tanto para aceptar a su familiar en la situación actual como para comunicarse con esta debido a que estas mujeres de acuerdo con la patología que tengan su comunicación es difícil y requiere de paciencia y mecanismos de interpretación.

Los funcionarios han desarrollado formas para poder comunicarse con estas mujeres y ellas mismas en su círculo también tienen ya un mecanismo de comunicación para poder interrelacionarse en este grupo y así lo manifiestan los funcionarios:

La Doctora de esta Institución afirma al respecto:

“Entre los abuelitos comparten muchas cosas en común como son las oraciones, charlas, bailes entonces eso hace que hay un ambiente de integración entre ellos, así como tenemos algunos abuelitos que la verdad se encuentran aislados por la condición de su forma de ser que siempre han sido así se muestran reacios a mantener comunicación con los demás”.

El Gerontólogo de la institución afirma sobre la comunicación que:

“Depende del estado de ánimo del anciano, hay días que se levantan muy comunicativos y hay otros días que se levantan cerradas la banda, es muy difícil cuando ellas no quieren, es que no quieren y se cierran completamente”.

La auxiliar afirma al respecto:

“Si cuando ellas necesitan ayuda, ellas dicen venga esto, hay personas que no se les entiende por la voz, pero se les entiende por los gestos, por la forma que hacen gestos, hay personas que no hablan bien, había veces que no se les entendía y ellas miraban que no se les entendía entonces con las manos indicaban lo que querían que les hagan”.

Entonces la comunicación del mayor adulto depende de muchos factores, como son: su salud física, mental, su estado de ánimo, la disponibilidad de las otras personas para hablar con él, la disponibilidad del mayor adulto para hablar con las otras personas, confirmando de esta manera que la comunicación con el mayor adulto presenta muchas dificultades, es interesante ver como el lenguaje corporal viene a jugar un papel fundamental en la convivencia con estas mujeres, pues es este el que les permite muchas veces acceder a la satisfacción de sus necesidades mínimas. Y se muestra como existen barreras de comunicación que se presentan para el anciano como su personalidad, ya que algunos toda su vida han vivido de alguna manera aislados o con un círculo social pequeño, además de su estado de ánimo que es fluctuante por su salud y consumo de medicamentos que alteran su carácter, contando también con la dificultad que implica para las personas que se comunican con él quienes deben tener paciencia y ser detallistas para encontrar el mecanismo apropiado para entenderlos y hacerse entender por ellos.

Las mujeres grupo de estudió al determinar sobre quienes son las personas con las que más hablan ellas en la mayoría de los casos se refieren al familiar o persona que más frecuentemente las visita. Y así lo manifiestan:

“Con mi hermana”.

“Con una amiga, con la señorita Elvia, ella me ayuda a ver las cosas”.

“Con una sobrina”.

Hay casos que la persona, responde de forma no coherente pues se refiere a personas importantes para ellas pero que han fallecido, lo que indica que su patología no la deja percibir la realidad.

“Con mi mamita conchita” (quien falleció hace 18 años).

Y también se puede observar casos donde las personas grupo de estudio sienten que tienen una buena comunicación con los demás, y lo único que falla es su salud, o la no presencia de el familiar.

“Con todos , con todos, es un solo cariño lo único que me arde el ojito”.

“Con alguno que viene de visita”.

### **Amigos que olvide y me olvidaron**

Cuando se les pregunta si tienen amigos, las ancianas hablan del tiempo pasado cuando tenían amigos por el trabajo, pero en la actualidad sus relaciones sociales se limitan a la familia, puesto que sus condiciones físicas son un impedimento para que sus relaciones sociales sean más amplias, y así lo manifiestan:

“Eso si, porque como cuando yo trabajaba todas éramos amigas, en el hospital, pero después ya no, porque ya nos jubilamos la mayoría entonces tuvimos que dejar el puesto y eso me dio más duro porque cuando trabajaba se me daba nada de la vida yo ni pensaba que todo esto me iba a pasar y aquí estoy”.

“Si las personas que han venido aquí a verme”.

“No solo mis familias, eso se acabo, yo si tenía amigos, compañeros y trabajábamos juntos, teníamos nuestra plata, había festividades que andábamos ahí en las reuniones y eso, todo eso se acabó porque ya no hay ni valor, lo único que ya no hay valor para andar, se ofrece un baile ir a cualquier parte, ya no puedo bailar duele la espalda le duele la planta de los pies, hay veces que duele los hombros y así”.

Pero también se presenta una minoría de esta población que afirma no tener amigos porque no les gusta y al parecer esto ha sido de toda la vida, por ser una característica de su personalidad.

“No porque yo no he sido amiguera, me fastidia serlo, lo que yo soy muy seria”.

La Doctora de la Institución afirma que:

“Pues el núcleo social básico de los abuelitos que están aquí, son básicamente los que entablan entre ellos mismos, por la realización de las actividades, todo se presta para que ellos formen sus núcleo social, los juegos, incluso ver televisión en las noches, ha hecho de que entre ellos pues mantengan una relación de amistad y de convivencia”.

La auxiliar dice que:

“Pues entre ellas si, se ve que si tienen amigos”.

Según lo manifestado por los funcionarios del Centro, las mujeres mayores adultas tienen amigas dentro de la Institución, es decir que su núcleo social está limitado a esta Institución y las personas vinculadas a él.

La mayoría de familiares afirman que la anciana no tiene amigas, confirmando que las relaciones sociales de estas mujeres están constituidas por las entabladas

entre las personas vinculadas a la Institución y los familiares que las visitan en este Centro.

“Ahora no, es que nadie la visita, la única amiga es la tía de la que la trajo acá, ella es la única amiga que esta con ella, que la cuida que pues ve por ella, las otras amistades no”.

Como conclusión de este capítulo sobre el deterioro de las relaciones familiares y sociales se puede afirmar que, en gran medida este se ha restringido por la educación que recibió la persona y durante toda su vida sus amistades fueron escasas o son únicamente comprendidas por el núcleo familiar, por otra parte, un pequeño grupo de ellas tuvo amigos en el trabajo y por la jubilación o por dejar el ambiente laboral debido a su edad y malestares físicos estas amistades se perdieron, por falta de contacto , es así como en resumidas cuentas el núcleo social queda comprendido por las compañeras del Centro, los funcionarios, y los pocos familiares que las visitan, confirmando de esta manera que además del deterioro físico propio de la edad, el deterioro causado por las enfermedades, este se incrementa por el desapego social que sufren estas mujeres que poco a poco se convierte en un desapego recíproco, pues el hecho de que la familia sienta a su mayor adulto como una carga se manifiesta claramente ante los ancianos sea de forma verbal u otras que son interpretadas por estas mujeres una muestra clara es la resignación y los reproches a su familia sobre todo cuando no están presentes, pues cuando las internas son visitadas tratan de disfrutar al máximo de su familia, pues estos momentos son añorados y preciados para estas mujeres.

Esto se corrobora con la teoría del descompromiso donde: “la sociedad libera al individuo de la responsabilidades sociales y el individuo de edad avanzada,

simultáneamente impone una distancia psicológica en las relaciones sociales” (Carstensen, 1990, p, 58).

Sin embargo surge la necesidad de percibir a la vejez con un punto de vista objetivo, pues en culturas europeas donde la población mayor adulta es más grande, se vive esta época disfrutando las posibilidades que ésta les puede brindar; conservan su círculo social, se enamoran, viajan etc.

Al respecto de éste tema Papalia (2002) afirma lo siguiente: Más allá de las imágenes distorsionadas, es necesario mirar con objetividad la realidad verdadera y multifacética de esta edad. La edad adulta tardía no es ni el momento culminante de la vida ni lo contrario, sino un periodo normal del ciclo vital con sus desafíos y oportunidades (p, 636).

### **Un mejor trato para la vejez**

A través de esta investigación se encontró que existe una mejor forma de manejar esta etapa en cuanto al trato del mayor adulto, ingreso a una Institución y convivencia con este; pues las personas que trabajan con ellos con su experiencia han detectado cuales son los errores y cuales son los mecanismos que mejoran estos aspectos, porque se puede brindar más sosiego y tranquilidad al mayor adulto en cuanto a la separación de su familia cuando es reubicado en un nuevo hogar como es el caso del Centro Gerontológico de Nariño.

### **Un mejor ingreso al hogar**

Para entender mejor este tema se pregunto a los funcionarios como debe manejar la familia al anciano cuando lo van a ingresar a una Institución de esta naturaleza y al respecto afirman que:

La Doctora de la Institución dice:

“El primer enfoque que debe manejar la familia es la concientización, no al anciano, sino a ellos mismos porque se tiene la idea de que el Centro Gerontológico de Nariño es una especie de ancianato en el que se va y se tira al abuelito y se lo va a dejar sin el cuidado necesario, entonces el primer paso para que un abuelito entre en el Centro Gerontológico es de que se concientice y se mire de que este es un Centro en el que nosotros pretendemos de que el abuelito se sienta bien, la atención va a ser personalizada para cada abuelito y se va a tratar de que ellos se socialicen aquí, entonces vemos de que muchos abuelitos duran una semana, duran dos días, tres días y no duran más tiempo simplemente porque sus familiares no aguantan esa carga emocional porque para ellos es como dejarlo abandonado y como segundo paso, los abuelitos toca empezarles a inculcar de que va a un lugar donde se va a sanar, en el que va a buscar su recuperación, no en el que se le va a olvidar o en el que se va a dejar tirado digámoslo así”.

El Gerontólogo afirma al respecto que:

“Yo pienso que lo primero que tiene que hacer la familia antes de traerlo, es trabajar y empezar a decirles que él va a estar en un Centro donde él va a estar mejor que en la casa, por lo general son traídos con engaños, que aquí va a estar mejor que en la casa, no lo han preparado anteriormente, lo importante es preparar al anciano antes de ingresarlo a un Centro y luego es tener una visita frecuente con el familiar, que sepan que ellos están pendientes, que si no hay tiempo de venir que por lo menos los llamen por teléfono, que sepan que son importantes”.



Es decir que parte del bienestar del anciano es la forma como se comunique sobre las decisiones que lo afectan directamente a él, pues es su vida y merecen al menos una explicación del porque, de donde van a ir, y con quien van a estar, ellos se merecen esto es un derecho de ellos, es más esto contribuye a una mejor adaptación y aceptación del nuevo hogar, y contribuye a que no haya posibles recaídas en cuanto a su estado de ánimo. La familia debe tener en claro que se debe continuar con el contacto físico y emocional con el anciano, el olvido generará problemas al mayor adulto y a su familia. Un mecanismo completamente equivocado es el ingresar al anciano mediante engaños, pues esto implica ansiedad para el anciano y una dificultad de adaptación al nuevo ambiente, el mayor adulto merece una explicación y aceptación de esta.

Carstensen (1990) afirma al respecto que: Desde la perspectiva del anciano hay una serie de factores que modera el cambio de residencia. La familiaridad de la configuración física de una casa, el rechazo a abandonar antiguos vecinos y amigos, el miedo a reconocer la dependencia, cada vez mayor y el apego emocional a un lugar que puede haber sido el hogar durante décadas y el centro de muchas experiencias importantes de la vida (p, 173).

### **Trato adecuado del mayor adulto**

En cuanto a como se debe tratar al anciano los funcionarios que conviven con el mayor adulto y viven con ellos sus necesidades y carencias, identifican sobre todo que el anciano necesita ser tratado con amor, y necesita sentirse importante.

Y así lo afirman:

La Doctora manifiesta lo siguiente:

“Primero que todo con mucha paciencia, con amor y con dedicación, o sea la parte humana que puede brindar amor que puede brindar muchas cosas a los abuelitos va a poder logran en ellos cambio va a poder integrarlos, va a poder que la persona aislada se integre al grupo, va a hacer que participe en las actividades y como otro requisito también lo que debe hacer es capacitarse una familia que tenga un abuelito debe capacitarse en el manejo de él porque no es lo mismo manejar a un paciente enfermo de cama a manejar un abuelito discapacitado porque los abuelitos tienen otras necesidades adicionales a las que nosotros tenemos”.

#### El Gerontólogo

“Yo pienso que desde pequeños tenemos que tener una concepción de que todos vamos para la tercera edad y hay un adagio popular que dice “uno debe sembrar para cosechar”, se debe brindar paz, tranquilidad, afecto, cariño, todo, es que en el amor esta encerrado todo y si uno como auxiliar, como enfermera, como médico lo que sea a su paciente le brinda amor, el paciente va a estar como en casa, los familiares deben hacer lo mismo siendo familia deben tratarla con mucho amor entonces lo importante para mantener bien a una persona es darle amor que bajo ese término se rige el mundo”.

En otro aparte el Gerontólogo afirma que:

“El trato debe ser, si son señoritas tratarlas como señoritas, no se las puede tutear, en ningún momento para a quien vaya a llevar al sanitario un auxiliar hombre no puede llevar a una mujer, su pudor no lo permite, bueno y así cositas, que ellas tienen, que no se les puede faltar al respeto, por lo general el auxiliar o la persona que llega hay unas personas que responde el saludo hay otros que no,

depende del ánimo con que se levanten, porque como puede llegar muy contento y saluda a los paciente ellos están de mal genio”.

Es innegable que el anciano perteneciente al Centro Gerontológico de Nariño, requiere de un apoyo en una persona joven, pues las patologías que padecen impide que continúen con su independencia si es que en algún momento de su vida la tuvieron, además de necesitar paciencia y comprensión, afecto, pues en muchos casos carecen de este, y esta característica es necesaria pues las mujeres grupo de estudio según su educación tienen reservas en cuanto al trato hacia las personas y de las personas hacia ellas, y al parecer esto se presentó durante toda su vida, difícilmente cambiaran sus costumbres; si bien es cierto que éstas mujeres necesitan apoyo y ayuda de otras personas más jóvenes para realizar tareas simples, dando la sensación de haber vuelto a una etapa de infantil, también es cierto que estas personas tienen una mentalidad adulta, con conceptos y pensamientos propios adquiridos durante toda su vida, que las hacen merecedoras de un trato adecuado a su edad mental, entonces es difícil para la mayoría de la gente entender que la mujer mayor adulta requiere ayuda física y un trato adecuado con respecto a su edad , una mezcla del trato hacia un niño en cuanto a su cuidado físico, y un trato respetuoso con respecto a la mentalidad de estas personas. Es interesante resaltar que los funcionarios hablan sobre una preparación de la familia tanto para vivir con un anciano como para cuando se llegue a esta etapa.

### **¿Y como debe ser la persona que los cuida?**

El personal que se encarga de los ancianos, deben tener ciertas características las cuales facilitaran la convivencia del anciano en su nuevo hogar. Como lo

afirma la teoría: “La formación básica integral de cada uno de los profesionales que atienden ancianos, es fundamental en la asistencia psiquiátrica” (Gomez y otros, 2002, p, 832). Esto corrobora lo informado por los funcionarios de la Institución:

La Doctora del Centro:

“Siempre lo he dicho, incluso en las entrevistas de trabajo, antes de tener conocimientos todo lo que le recomendamos a nuestro personal es la vocación, es el principal aspecto que se debe tratar, la vocación, porque realmente debemos tratar a nuestros abuelitos con mucho cariño, con mucha dedicación, pues creando una buena empatía en la relación con él y que ante todo antes de que la misma eficacia digo yo porque si hay una persona que no le tiene paciencia que no le guste trabajar con abuelitos la verdad no va a desempeñar bien su trabajo porque las labores que aquí realizamos pueden ser hechas por cualquier persona, limpiar barrer, encerar, todo eso puede ser hecho por cualquier persona pero ya mantener una relación de un abuelito, el poder acompañarlo al baño, poder asearlos, poder lo ayudar eso es algo que requiere la vocación de una persona porque muchas veces no es agradable ver que un abuelito en horas de almuerzo, cuando se levantan amanecen todo orinaditos, pues eso es algo que requiere la dedicación de una persona y el amor por su trabajo”.

El gerontólogo de la Institución manifiesta que:

“Primero que todo, querer la profesión que tienen, porque vienen como un auxiliar y que ha trabajado con ancianos, debe querer el trabajo con ancianos, y quererlo y respetarlo, al quererlo y respetarlo lo valora al anciano, quiere al anciano y va a hacer su trabajo 100% efectivo, ser paciente, trabajar con ancianos

tiene que ser una persona muy paciente, pero demasiado paciente, porque con ellos es todo como ellos quieren, sobre todo aquí donde ellos pagan, que saben que ellos están pagando, lo que ellos digan se hace entonces toca tener mucho, mucho tino con ellos y mucha paciencia”.

Para la auxiliar las características se pueden describir así:

“Buen genio, que los divierta, que los consienta y que este con ellos y que los haga jugar porque ellos necesitan amor porque los familiares, como le dijera, vienen a verlos pero no es lo mismo como estar uno de enfermera, a estar un familiar con ellos entre más amor le de, mas rápido se mejoran”.

En conclusión el funcionario debe tener disposición, capacitación y empatía para trabajar con el anciano, además de la suficiente capacidad para entender y aplicar la amalgama adecuada con respecto al trato con el mayor adulto; pues estas características generaran el ambiente adecuado para el mejor desempeño del trabajo y ofrecerán al mayor adulto factores que contribuyan a su bienestar físico, mental y emocional.

### **Desde su llegada hasta hoy**

Se preguntó a los funcionarios de si existe diferencia en las mujeres mayor adultas de cuando ingresaron a la actualidad, y se observa que las diferencias si se perciben sobre todo en su adaptación al medio que los rodea, se podría afirmar que es éste uno de los problemas más fuertes que el mayor adulto afronta, debido tal vez a la forma como fueron ingresados y que anteriormente se profundizó, concluyendo que no es una de las formas más adecuadas, en éste capitulo se puede identificar las posibles consecuencias del manejo absurdo que tuvieron sus

familiares con el manejo del ingreso de sus familiares a esta situación, sobre este tema afirman que:

La Doctora de la Institución:

“Si claro, tenemos muchos pacientes que ingresaron con cuadros depresivos severos que en el momento han ido superándola igualmente han entrado con discapacidades tanto físicas que han sido tratadas con sus terapias de rehabilitación y en general entran como personas un poco hurañas separadas del grupo y terminan integrándose muy bien”.

El Gerontólogo:

“En algunos casos hay mejoría y en otros casos hay depresiones graves, en unos casos donde vienen de hogares donde no les han prestado suficiente atención y al verse dentro del Centro con mayor atención que se lo quiere, que se lo aprecia, ellos están contentos dentro de la Institución, pero hay pacientes que han sido bien tratados en su hogar que por motivos ajenos a su voluntad no los pueden tener porque no les pueden prestar el servicio o la atención que ellos se merecen los han recluido dentro de la Institución por eso ellos presentan unos cuadros de depresión durante el día donde recuerdan su hogar su familia les preocupa el no saber nada de ellos”.

Se puede concluir que la capacidad de adaptación del mayor adulto depende del tipo de familia que tiene en el momento del ingreso, de la forma como la familia maneje el proceso de ingreso, y de las patologías que padezca la persona, además de depender de la experiencia y capacitación del funcionario quien se encargará de el mayor adulto en la Institución.

**En el nuevo hogar lo que le gusta al mayor adulto es...**

Es necesario entender que es lo que le gusta al anciano para poder satisfacer sus deseos, ya que es difícil como ya se analizó en capítulos anteriores, la comunicación con este grupo, por lo tanto los funcionarios deben saber que les gusta o no a estas personas. Al respecto la Doctora afirma que:

“Haber les gusta mucho lo que es la oración, tienen pues en todo el día hacen dos rosarios, rezan antes de cada comida, antes de irse a dormir y otra de las actividades que les gusta mucho es la actividad física, cuando se los pone a hacer actividad física los anima mucho, es una actividad que los recrea y que a la vez contribuye al proceso de rehabilitación de cierto modo”.

El Gerontólogo afirma que:

“A las pacientes del Centro les gusta mucho dedicarse a actividades espirituales como es la oración y por otra parte les gusta mucho dormir”.

Entonces se puede afirmar que la actividad que más disfruta este grupo es la oración, esto complementa lo afirmado por ellas puesto que para estas mujeres la oración constituye una parte fundamental en la aceptación de esta etapa. Igualmente el dormir también se considera importante para ellas y se confirma como una actividad satisfactoria para el mayor adulto. Sin embargo es necesario analizar ¿qué tanto contribuye a una mejor calidad de vida tanta inactividad?, y si ¿la implementación de ejercicios y actividades programadas las cuales impliquen actividad física son adecuadas para este grupo?. Pues lo importante de esta etapa es vivir y disfrutarla en lo posible y no morir poco a poco.

**¿Y lo que no le gusta al mayor adulto?**

Es fundamental saber, que provoca disgusto al mayor adulto, pues muchas veces no lo manifiesta directamente, los funcionarios describen las siguientes actividades.

La Doctora afirma que:

“Les gusta muy poco pintar, son pocos los abuelitos que participan activamente, por el contrario hay otros abuelitos que no colaboran”.

El Gerontólogo sobre el tema dice:

“Al anciano no le gusta cantidad de cosas pero en general a ellos no les gusta que los manden, les gusta que les pidan las cosas que les hagan a ellos, les gusta eso que les hagan las cosas, verse bien servidos”.

Entonces se puede concluir que lo que disgusta al grupo de estudio según las personas que cuidan de ellos son actividades que requieren facultades que están fallando en ellos como es la vista, el oído, etc., también se vuelve a presentar la dependencia del mayor adulto para hacer cualquier actividad, confirmando lo encontrado en los anteriores capítulos. Es así como se encuentra la necesidad de implementar actividades que tengan en cuenta la incapacidad del sujeto, es decir que las actividades deben ser diseñadas pensando en función de particularidades y no de generalidades sobre el grupo que se esté trabajando.

Los datos encontrados tienen su apoyo teórico en lo siguiente:

Castensen (1990) afirma lo siguiente: entre los factores que son importante en un ambiente de apoyo se incluyen: a) relaciones personales íntimas, b) relaciones superfluas, c) hogar, d) ingresos, e) movilidad y f) aficiones o alguna actividad personal que comprometan mínimamente o en absoluto a otras personas, pero que sean fuente de orgullo y satisfacción (p, 106)



## **Fortalezas del mayor adulto**

Sobre las fortalezas que el mayor adulto ofrece, se presentan conceptos prácticamente encontrados pues, por una parte se dice que la sabiduría, y por otra, se afirma que el grupo de estudio no es accesible para disfrutar de esta fortaleza que pueden tener.

La doctora de la Institución:

“Una fortaleza del anciano son todas las enseñanzas que nos pueden dar, la verdad el contacto con ellos así sea una hora es enriquecedor para uno, porque nos puede transmitir tantas experiencias, tantas emociones que la verdad nos da un crecimiento personal a cada uno”.

El gerontólogo de la Institución.

“Por ejemplo, en la Fundación Social Guadalupe es diferente porque los de la Fundación le enseñan a uno, ellos te cuentan historias, o cualquiera está enfermo y dicen “eso es buenísimo esta rama, eso se la hace de esta forma y esto y eso”, las mujeres del Centro no son así, aquí es grave con ellas”.

Se concluye, entonces, que el mayor adulto posee conocimiento y experiencia, pero depende de diferentes factores el poder acceder a esta información, como es la disponibilidad y deseo del anciano de compartir sus conocimientos; la capacidad de comunicación del mayor adulto; la capacidad de entendimiento que tenga el oyente; la disposición tanto del anciano como de la persona que busca su experiencia; la empatía entre las personas y sobre todo las consecuencias y estragos que haya causado la enfermedad que el anciano tenga. Sin embargo, también estas mismas dificultades pueden generar conocimiento, durante la convivencia con el anciano porque el funcionario o persona cercana al anciano,

tiene la necesidad imperiosa de encontrar mecanismos para mejorar la calidad de vida de estas personas y esto requiere un estudio detallado de sus características, en cuanto a sus gustos, forma de comunicarse, sus enfermedades, la forma como cuidarlos, y en el transcurso de este proceso, se aprende la difícil etapa por la cual ellos atraviesan, y las diferentes formas como las asimilan las personas tanto familiares como el anciano, esto es generador de un conocimiento emocional y racional enriquecedor tanto para la vida profesional como para la vida personal.

### **Debilidades del mayor adulto**

También las debilidades son importantes, pues estas se pueden manejar y controlar para mejorar la calidad de vida anciano, una de las debilidades que se encuentra en el grupo de estudio es el abandono de la familia con su mayor adulto pues existe la creencia de que el ingresar a su familiar a este Centro es suficiente contribución para que este tenga una recuperación exitosa o una calidad de vida adecuada; otra debilidad encontrada es la no disposición del adulto mayor para tratar de ser independientes. De alguna manera estas personas confirman que a pesar de poder ser independiente no lo hacen, dando validez a la teoría de que ellos en su vida siempre dependieron de otro y en la etapa de la vejez lo continúan haciendo; sin embargo, también es necesario pensar en que esta indisposición puede deberse también a que estas personas pagan una cuota por su mantenimiento y atención y posiblemente tengan la creencia equivocada de que ellos por esta razón tiene que ser atendidos de la mejor manera, parte esta creencia es inducida por los familiares como lo afirma el gerontólogo de la Institución:

“Ellos piensan que ellos están pagando porque les hagan todo, este deseo de inutilidad más que todo viene dirigido por la familia, porque siempre que hay visita les preguntan que les hacen y que nos hacen, déjenlos que les hagan, entonces la familia también induce a que ellos se recuesten, que sea el personal de la Institución quien debe hacer todo”.

Sobre las debilidades de la mujer mayor adulta de la Institución los funcionarios del Centro las describen así:

La Doctora de la Institución manifiesta que:

“Creo que cada quien es un ser particular para mirarles una debilidad, pero en general pienso que no es una debilidad sino una desventaja y es el abandono”.

El Gerontólogo afirma lo siguiente:

“El problema de los ancianos dentro de esta Institución es que ellos todo toca hacerles, así sea que ella pueda hacerlo, por decir algo una paciente, ella puede levantarse y puede vestirse, pero a ella toca ir a levantar, decirle que ropa se debe colocar, llevarla al baño, toca cambiarla, peinarla porque ella no lo hace y así son la mayoría de las pacientes”.

Sobre el cuarto capítulo “Un mejor trato para la vejez”, se puede afirmar que la forma de ingresar al mayor adulto a este tipo de Institución es fundamental, es un proceso que debe asumir la familia al igual que el anciano; se debe resaltar la importancia de la educación de la familia tanto para tratar al mayor adulto, como para manejar y proyectarse a sí mismos para vivir este periodo. Es fundamental la experiencia y características personales de los funcionarios que trabajen con ancianos, pues son ellos quienes se convertirán con el tiempo en el núcleo social del anciano. Dentro de la Institución el funcionario debe tener en cuenta las

características individuales del anciano que ingresa: como está la familia en el momento del ingreso, las características de la patología del anciano, las características de personalidad del anciano así como sus características físicas, de igual forma las características de la familia después del ingreso, con toda esta información el funcionario puede brindar unas estrategias adecuadas para una mayor y fácil adaptación del anciano a este Centro, además de implementar las técnicas adecuadas para su rehabilitación.

## DISCUSIÓN

Para la identificación de las características de cualquier grupo, en este caso el grupo estudio son los mayores adultos vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, se hace necesario tomar bases sobre la Psicología Social con la que se encuentra lo siguiente:

Salazar (1995) al respecto afirma: La percepción no sólo depende de la naturaleza y características de la estimulación, sino que resulta afectada por los estados momentáneos o permanentes de los sujetos, el contexto en el cual se realiza el proceso y por las expectativas respecto a las consecuencias reforzantes. El hombre se encuentra inmerso en un medio físico, donde existe una estructura y una formación socioeconómica que determina el tipo de relación con el medio y con los demás hombres (p. 79).

A la luz de la teoría y través del desarrollo y culminación de éste estudio, se hace aún más claro que la percepción de cierto grupo requiere tener en cuenta infinidad de factores, en esta investigación; el contexto cultural y socioeconómico juega un papel fundamental debido a que las personas pertenecientes del grupo, provienen de un estrato socioeconómico alto, pues el Centro es una institución privada, cuya mensualidad asciende al millón de pesos mensual (\$1.000.000), mensualidad relativamente alta para ser solventada; por otra parte, el rol social y familiar de éstas personas cambia radicalmente en ésta etapa, porque en un

momento de sus vidas éstas mujeres tuvieron a su cargo a muchos de sus familiares en cuanto a su educación y cuidado, en la actualidad son estas mujeres las que requieren cuidado especial por parte de otras personas, quienes deben estar capacitadas para ello, desplegando así nuevas formas de adaptación por parte de la familia y el anciano ante la nueva situación.

El individuo en el transcurso de toda su vida se ve enfrentado a cambios los cuales dependen de la edad, situación de salud, cultura y sociedad, que son determinadas por las características y expectativas individuales; la tercera edad es una época donde la jubilación, el cambio en la familia, la salud, estilo de vida además de la cercanía y espera de la muerte, inciden directamente sobre cómo se supera y concibe esta etapa.

El desarrollo de esta investigación permitió establecer los parámetros con los cuales una pequeña población de la ciudad de Pasto, conciben y afrontan la vejez, corroborando la teoría sobre este tema.

Papalia, (2002) afirma que: En la actualidad, los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de adultos mayores: “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”. Cronológicamente, el viejo joven está entre 65 y 74 años, y por lo general es activo, vital y vigoroso; el viejo viejo está entre 74 y 84 años, y el viejo de edad avanzada está entre 85 y más. Este grupo de edad es muy probable que sea débil, se enferme y tenga dificultades para realizar alguna actividad de la vida diaria (p. 639); la investigación que se realizó permitió confirmar que efectivamente estos tres grupos se encuentran con características idénticas a las descritas por Papalia, es decir las mujeres que pertenecen al grupo de estudio y

tienen entre 65 y 74 años son relativamente más activas en comparación con el resto del grupo, y las mujeres mayores de 85 años son extremadamente enfermizas, débiles y requieren de la ayuda de otra persona casi en la totalidad de actividades cotidianas como: comer, peinarse, bañarse, acostarse, etc.

En cuanto al deterioro que depende de la buena salud, y de las conductas saludables y no saludables que tenga el individuo durante toda su vida, con el estudio realizado se confirma la relación directa existente entre este tipo de conductas y la vivencia de esta etapa, puesto que las mujeres que reportaron tener buena salud en su juventud y madurez, en la actualidad disfrutaban de esta característica, claro está que con las consecuencias propias de la vejez, sin embargo las mujeres a quienes siempre les aquejó alguna enfermedad, en la actualidad sufren los estragos de ésta incrementados con el proceso natural de envejecimiento.

Sobre los cambios físicos, en el proceso de envejecimientos están determinados al igual que lo afirmado por la teoría así: “Se dan cambios en el sistema digestivo,... envejecimiento del cerebro,... funcionamiento sensorial y psicomotor,... gusto y olfato,... funcionamiento sexual,... modificación de la personalidad,...” (Papalia, 2002, p. 647-651) este proceso de cambio, se percibe claramente en las mujeres mayores adultas del Centro Gerontológico de Nariño; debido a su estado actual de salud ellas son ingresadas a esta Institución porque la familia no posee ni el tiempo, ni la capacitación suficiente para afrontar ésta situación, es ahí donde surge la necesidad de recurrir a otras personas fuera de la familia, generando consecuencias a nivel psicológico en el anciano y su familia se abre entonces una brecha en las relaciones familiares, brecha que en casi ninguno

de los casos presentes en el grupo de estudio es asimilada y mucho menos superada.

La percepción de la vejez tanto de la población objeto de estudio, como de los familiares y funcionarios, se caracteriza por concebir a ésta etapa como la culminación de la vida, como una etapa donde el individuo requiere de cuidado y atención; la persona mayor adulta se convierte en un ser dependiente de otros, generador de crisis familiar, emocional y económica debido a las consecuencias de sus enfermedades, de su salud física y mental, así la familia opta finalmente por recluir a su mayor adulto en un Centro donde se encarguen de satisfacer las necesidades del anciano, algo que la familia no quiere o se siente incapaz de hacer.

El mayor adulto constituye una población creciente en todo el mundo, debido al incremento en la expectativa de vida, grupo que ha sido abandonado y el desinterés social hace que una etapa que aparentemente debe ser dedicada al descanso y realización personal, sea una etapa triste y caracterizada por el abandono y soledad de estas personas que tanto en la ciudad de Pasto como en el resto del mundo la mayoría de esta población es de mujeres.

“La vejez es un fenómeno preponderantemente femenino. La expectativa de vida de las mujeres en los países menos desarrollados es de 50 años y en los países desarrollados de 80 años, pero en ambos, viven más que los hombre. En los países desarrollados esa ventaja varía entre cinco y ocho años.” (<http://www.unilibrebaq.edu.co>).

Este proceso investigativo permitió corroborar que efectivamente la población mayor adulta en su mayoría esta constituida por mujeres, puesto que el 100% de



la población mayor adulta vinculada al Centro Gerontológico esta constituida por mujeres, cuyo promedio de edad esta en los 89 años, una característica interesante que se debe resaltar es que la mayoría de estas mujeres son solteras y no tuvieron hijos y solo un 30% de estas mujeres son casadas de quienes el 20% son viudas y tan solo el 10% tiene a su pareja viva. De estas tres mujeres que conformaron su hogar, una de ellas no tuvo hijos consanguíneos, sino a través de la adopción y las otras dos si tuvieron hijos propios son estas mujeres quienes tienen una constante visita de sus familiares más cercanos entre los cuales se pueden contar: hijos, nietos, nueras entre otros. Se puede describir la atención de la familia brindado a estas mujeres como mucho más constante, más compromiso, con más manifestaciones de atención y afecto; pues las otras mujeres son visitadas de forma más esporádica y los familiares que los visitan son: hermanos y sobrinos en su gran mayoría, la atención de estos familiares puede describirse como menos constante, menos frecuente, menos compromiso y con menos demostraciones de afecto en comparación con las que si tuvieron hijos.

En el concepto sobre la percepción de la vejez por parte de las ancianas, familiares y funcionarios, se puede afirmar la vejez es asociada con un deterioro de las funciones físicas y un cambio de personalidad debido a las consecuencias de las enfermedades, cambio de ambiente y deterioro en las relaciones familiares para reafirmar lo anterior se tiene como base el siguiente apartado teórico:

“Conjuntamente, aunque no necesariamente de forma paralela, se producen también transformaciones, que no son obligatoriamente deterioros, en la personalidad de quien se va haciendo viejo, puede aparecer algo que dificulta el

aprendizaje de nuevas tareas y la toma de decisiones rápidas, una mayor preocupación por el sentido que la vida tienen para uno mismo, una reflexión mayor sobre la muerte que cada día es más inminente, una pérdida de memoria, huecos emocionales por la pérdida de un ser querido, sentimientos de vergüenza porque se es incontinente, y otros muchos cambios, incluyendo, por supuesto, una valoración negativa subjetiva de los cambios fisiológicos y cognitivos que se van experimentando” (<http://www.Terapiaconancianos.com>).

A la luz de la teoría y en el transcurso de todo el proceso investigativo se puede encontrar todas y cada una de las características descritas, como son: el deterioro psicomotor, incontinencia, huecos emocionales, pérdida de la memoria, baja autoestima y sobre todo la reflexión sobre la muerte que ocupa casi todo el tiempo de estas mujeres grupo de estudio, esto se puede observar a través de las respuestas que dieron a todas las preguntas hechas en las entrevistas, en los reportes gerontológicos y en los diarios de campo, se puede afirmar entonces que la percepción de la vejez y los cambios de la personalidad son evidentes y manifiestos en el físico, en el comportamiento y en el medio social del sujeto, dando una clara visión de una vejez llena dependencia y estragos generados por una enfermedad.

Montañés (2001) afirma que: El envejecimiento psicológico es el efecto del paso del tiempo sobre la forma en que percibimos y entendemos la realidad, sobre la forma en la sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno. La actividad, los recuerdos positivos, la libertad sobre el estilo de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, una continua

participación en actividades gratificantes y una buena salud, permiten una adecuada aceptación de esta etapa de la vida (p, 209).

El apartado anterior corrobora nuevamente lo encontrado a través de ésta investigación, sobre como se da ese proceso de envejecimiento, los cambios de actividad y la necesidad de actividades gratificantes para estas mujeres, lo cual se observa claramente en los diarios de campo, reportes gerontológicos, y entrevistas a funcionarios, donde las actividades deben estar adecuadas a las capacidades y limitaciones de estas mujeres, además de tener en cuenta la personalidad y costumbres de las ancianas, su disposición y el adecuado manejo de su tiempo, pues si la actividad no es considerada gratificante, la anciana abandona el lugar o simplemente no participa de la misma, no sin antes manifestar de forma verbal sus pensamientos.

El manejo del tiempo libre y el manejo de las relaciones sociales están determinadas por factores comunes y se nota un cambio claramente explicado por la teoría así:

Carstensen (1990) supone que este cambio se debe a la disminución de energía que tiene el sujeto y al proceso de adaptación a las implicaciones que tiene esta etapa, se protegen emocionalmente para disfrutar las actividades que tienen, dar sus afectos y evitar el sufrimiento pues se sienten cerca de la muerte (p, 59).

Las mujeres mayores adultas vinculadas al Centro Gerontológico de Nariño, manifiestan claramente lo expresado por Carstensen, es decir para poder aceptar y adaptarse a la nueva situación de sus vidas tienen mecanismos de protección emocional, una forma de protegerse ante el sufrimiento se puede aclarar con un

ejemplo encontrado tanto en las entrevistas como en los diarios de campo así: si su visión falla y por descuido en una actividad donde se requiere que se pinte un dibujo pequeño, quien dirige esta actividad no tiene en cuenta esta falla, y proporciona al grupo dibujos complicados y pequeños, estas mujeres simplemente no realizan el ejercicio y manifiestan abiertamente no poder realizarlo. Y este percance es un provocador por excelencia, para que las mujeres comiencen a quejarse y describir sus limitaciones y dolencia es así como un simple error, imperdonable para ellas, es suscitador de conversaciones referentes a la muerte, sin embargo, es necesario aclarar que la mayoría del tiempo sus conversaciones durante cualquier actividad, generalmente giran en torno al desenlace final de sus vidas, de si tienen preparado su funeral, de si su familia los acompañaría o no.

Las relaciones familiares reafirman el desapego social que sufren estas personas al igual que lo afirmado por Carstensen así:

Carstensen (1990) afirma lo siguiente: La teoría funcional de la sociología, el descompromiso es observado como una respuesta preparatoria a la muerte inminente del miembro anciano de la sociedad: la sociedad libera al individuo de las responsabilidades sociales y el individuo de edad avanzada, simultáneamente, impone una distancia psicológica en las relaciones sociales. En el núcleo de esta teoría está la creencia de que el abandono social es mutuo, natural y de adaptación. El individuo anciano no es abandonado por la sociedad. Al contrario, el individuo disminuye, voluntariamente, su compromiso emocional en las relaciones sociales. El descompromiso es visto como ineludible, puesto que la muerte es inevitable y representa, por tanto, una disociación gradual de la vida (p, 58).

Es claro que la teoría describe lo encontrado con esta investigación en lo que se refiere a la jubilación, a pesar de que la mayoría de estas mujeres no tuvieron un trabajo estable, sin embargo si tenían una independencia económica, la cual no poseen actualmente y esto genera dependencia hacia sus familiares, por medio de las entrevistas se puede notar la forma como esto afecta emocionalmente a las participantes de la investigación y también como la familia acepta que su mayor adulto constituye una carga en todos los aspectos, es costoso para cada persona de la familia porque se ve involucrado su economía, su estabilidad familiar y su estabilidad emocional.

Es de esta manera como la teoría se ve comprobada claramente a través de esta investigación, pues con ésta se observa que el anciano como protección emocional se desliga paulatinamente de sus relaciones sociales y familiares, de igual forma la familia hace lo mismo, mostrando que es un proceso de adaptación ya que se siente inminente la llegada de la muerte. Este individuo ha cumplido su ciclo vital, y de acuerdo a su funcionalidad la sociedad también propicia este desligamiento liberándolo de responsabilidades donde antes este sujeto era imprescindible por su misma funcionalidad, y que actualmente el deterioro impide que cumpla la actividad a su cargo; de una forma pragmática y dolorosa posiblemente su lugar ha sido ocupado por alguien que tiene las características adecuadas, cerrando el círculo de la vida y mostrando a través de esta investigación que es parte del proceso natural del desarrollo humano. Y a pesar de que la mayoría de estas mujeres no tuvieron un trabajo y solo el 10% de ellas tiene jubilación, estas personas sufren al igual que cualquier jubilado las

consecuencias que esto conlleva, pues su trabajo se desarrollo encargándose del hogar al que pertenecían, la teoría manifiesta lo siguiente:

“Para aclarar el significado de la jubilación conviene precisar que el derecho al retirarse del trabajo es un logro de la humanidad que fue posible gracias al progreso tecnológico que permitió elevar la productividad del hombre más allá de lo que requería para sobrevivir junto a su familia. Esta dependencia económica los lleva a ser considerados una carga para la sociedad. Hay una pérdida de autonomía económica. Estas personas tienden a deteriorarse pues pierden su sentido de independencia y dignidad. Se convierten en una carga para sus familias, y a veces pierden también la voluntad de vivir. En definitiva la sociedad les ha dado el derecho de no trabajar pero sin tener en cuenta que, dadas las actuales condiciones, ello significa ser nadie socialmente. Hay una pérdida de identidad social de quien pasa a la clase pasiva” (<http://www.comunicaciónconancianos.online.com>).

Por otra parte, la familia de las mujeres vinculadas al Centro Gerontológico, manifiestan tener infinidad de razones para haberlas ingresado a esta Institución, y sufren emocionalmente pues se sienten culpables por este ingreso, se muestran impotentes ante esta situación y muchos de los familiares optan por no visitar a su mayor adulto posiblemente como una reacción de adaptación y aceptación a la situación actual, y la inminencia de la muerte de su ser querido, también cabe asegurar que esta reacción se da frente a la situación de salud de estas mujeres, porque su patología en la mayoría de ancianas ha hecho estragos física y mentalmente.

Papalia (2002) afirma lo siguiente: Muchos ancianos no desean vivir en instituciones y la mayoría de los miembros de la familia no desean que esto ocurra. Con frecuencia, los ancianos sienten que ingresar en una institución es signo de rechazo e ingresan a regañadientes. Los hijos los llevan con excusas y gran remordimiento. Sin embargo, en ocasiones, el ingreso parece ser la única solución debido a las necesidades la persona anciana o las circunstancias familiares (p, 694).

Papalia también describe lo encontrado sobre el ingreso y la forma como lo perciben la mayoría de ancianos, en las entrevistas se puede encontrar expresado claramente, que estas mujeres se sienten rechazadas y abandonadas por su familia, generando en ellas un sentimiento de inutilidad mayor, el cual afecta directamente su salud y fortalece el desapego hacia las relaciones sociales, las actividades que se realizan, la familia y hacia la vida misma.

Carstensen (1990) afirma que: el hecho de que los pacientes de edad pueden ser tratados con éxito sólo ha sido reconocido recientemente por los profesionales y por los mismos ancianos. La posibilidad de enseñar también a las personas de edad nuevas habilidades o volver a enseñarles habilidades que tenían constituye un hallazgo aún más novedoso (p, 104).

Las familias de la población estudiada aún no conocen esta característica en sus mujeres mayores adultas, y al parecer creen que lo único que pueden hacer es tener un personal idóneo que las cuide, sin embargo no hay la reconocimiento de una recuperación, esta es uno de los posibles argumentos aceptados por la cultura y la sociedad, para que estas mujeres sean prácticamente abandonadas, sin embargo existen varias formas como se pueden contribuir para que estas

mujeres tengan una mejor calidad de vida y así lo afirma la teoría: “La intervención con ancianos y ancianas y su familia puede estar orientada hacia la prevención y establecerse en tres formas: primaria, secundaria y terciaria. Estas intervenciones no son mutuamente excluyentes” (Sánchez, 2000, p, 195).

De lo anterior se puede concluir que el trabajo con el mayor adulto además de requerir de la colaboración activa por parte de la familia, ofrece muchos campos de intervención, sobre los cuales se puede trabajar para brindarles una mejor calidad de vida, mejorar su concepto sobre ésta etapa y contribuir a que no se aíslen totalmente.

## **RECOMENDACIONES**



Con la información obtenida a través de esta investigación y a partir del análisis realizado se proponen las siguientes recomendaciones para profundizar y ampliar este tema:

Realizar un estudio investigativo en una Institución pública o de beneficencia para complementar el trabajo de la caracterización del mayor adulto vinculado a una Institución en la ciudad de Pasto y de esta manera proporcionar una visión global y completa.

Realizar un estudio sobre el tipo de estructura familiar predominante en la actualidad en la sociedad pastusa.

Realizar un estudio sobre los cambios en los valores y lazos afectivos que se dan cuando se pasa de una familia extensa (antes), a la actual conformación de familia restringida.

Plantear la posibilidad de la creación de un programa de información y educación para que los familiares de personas mayores adultas aprendan a manejar al anciano, y aprendan afrontar la crisis generada por este de una mejor manera.

Plantear la posibilidad de crear un grupo de encuentro donde las personas conozcan realmente como y que significa la vejez, de que depende y las formas de construir una mejor calidad de vida para esta etapa.

Plantear programas de intervención psicológica con el fin de lograr una mejor adaptación de la familia y el anciano antes, durante y después del ingreso a una Institución.

Plantear la posibilidad de relacionar a los ancianos (hombres y mujeres) que permita establecer nuevas relaciones afectivas, sociales y sexuales.

Plantear la realización de programas de intervención psicológica, con el fin de lograr una mejor adaptación por parte del anciano dentro de las Instituciones, en el cual se incluya adherencia al tratamiento, manejo de ansiedad, manejo de la depresión, autoestima y rehabilitación del mayor adulto.

Proponer una investigación sobre los efectos favorables y desfavorables de la actividad física con mayores adultos, para hacer un programa de actividades que tenga en cuenta sus limitaciones y rehabilitación de las mismas.

Trabajar sobre las fortalezas y debilidades del mayor adulto para sacar el mejor provecho de estas.

Proponer un programa de educación tanto para ancianos, familiares como para funcionarios para implementar estrategias que proporcionen un mejor manejo y entendimiento de la tercera edad y sus características.

Se sugiere al Centro Gerontológico de Nariño, que además del buen manejo y conocimiento sobre esta población que cada funcionario tiene, es fundamental tener las historias clínicas con la información completa y clara de todas las personas vinculadas a éste para facilitar la accesibilidad tanto a propios como a extraños.

## **CONCLUSIONES**

A partir de la información recolectada se puede concluir lo siguiente:

Para la caracterización de un grupo se debe tomar en cuenta: estados momentáneos o permanentes del sujeto, el contexto en el cual se desarrolla, estados físicos y sociales, además de las expectativas con respecto a este grupo.

La investigación se realizó con un grupo muy pequeño, el cual conformaba el 100% de la población del Centro Gerontológico, pero este grupo no es significativo para obtener información sobre los mayores adultos de la ciudad de Pasto, para hacer esto se tendría que trabajar al menos con otras instituciones públicas o privadas. Sin embargo el objetivo de la investigación estaba dirigido a caracterizar específicamente ésta población, lo que se cumplió a cabalidad.

El 100% de la población estudiada son mujeres, lo cual reafirma que la vejez es un fenómeno preponderantemente femenino.

Las mujeres grupo de estudio en un 70% son mujeres solteras y tan solo un 30% son mujeres que se casaron, de estas tres mujeres sólo dos tuvieron hijos consanguíneos y son ellas quienes reciben mayor atención por parte de su familia.

Las mujeres mayores adultas vinculadas al Centro Gerontológico, muestran claramente un deterioro físico, mental y social que corrobora indiscutiblemente a la teoría citada en el marco teórico.

La vejez es percibida como una época de inutilidad, dependencia social y económica, además de ser una edad donde se produce un desapego social tanto del anciano hacia la sociedad y el mundo, como de la sociedad hacia el anciano.

Los mayores adultos sufren un desapego emocional de todo lo que les rodea pues sienten cercana la muerte y viven sus últimos días en función de ésta, donde se desarrolla un apego a Dios que genera aceptación y resignación a la situación que están viviendo.

Las relaciones sociales del grupo estudio están reducidas al núcleo formado por las personas vinculadas al Centro y los pocos familiares que los visitan.

Las mujeres mayores adultas se caracterizan por tener un deterioro físico que las limita para realizar actividades cotidianas, lo cual hace que dependan de otras personas para su ejecución.

Las ancianas vinculadas al Centro Gerontológico presentan en su mayoría patologías graves como lo es la enfermedad de Alzheimer, la cual requiere un control especializado.

El tiempo libre de estas mujeres, que es todo el día, es utilizado en diversas actividades, pero en su mayoría para realizar actividades como dormir y rezar, las cuales al parecer generan en ellas sosiego y aceptación a su realidad vivida.

Las mujeres mayores adultas, realizan muy pocas actividades físicas ya que las actividades para ser aceptadas por este grupo deben estar de acuerdo con la ciertos factores como: disposición del anciano, el momento del día, una explicación clara de la actividad, tener en cuenta las limitaciones individuales y verse atractiva y reforzante para ellas.

La familia al igual que la teoría citada en el marco teórico de la investigación manifiesta sus raíces culturales, al parecer estas mujeres pertenecen a familias numerosas.

La familia y el anciano por protección emocional sufren un proceso de desapego mutuo el cual genera sentimientos de culpabilidad, depresión, y ansiedad lo cual se reafirma con la teoría citada en el marco teórico.

Las relaciones sociales y sentimentales son completamente limitadas, debido a que la vejez es percibida como una limitante.

En Culturas Europeas la ancianidad es una etapa que constituye una época de descanso más no de limitación a nivel emocional, pues es ésta la época donde los ancianos descansan, viajan, se enamoran ya no con un amor pasional pero sí con una amor maduro de acuerdo a su salud, tanto mayores adultos que viven en Instituciones como personas que viven fuera de ellas.

A la luz de la teoría y de la investigación una conclusión importante es que existe la necesidad de cambiar la percepción de la vejez como una limitante, para con ello modificar la forma como se trata a éste grupo y propiciar lugares y momentos de encuentro con el fin de fortalecer a los mayores adultos en cuanto a sus relaciones sociales además de su independencia.

La familia antes de ingresar al anciano afronta una crisis interna, donde se siente impotente para el cuidado y atención de su mayor adulto, porque no esta capacitada y muy pocas veces entiende el estado delicado del anciano y cuales son los cuidados que este requiere.

La familia constituye una parte fundamental para recuperación y mejor adaptación del anciano al nuevo ambiente.

El personal que trabaja con mayores adultos debe estar capacitado para trabajar con esta población, pues requiere que estos profesionales tengan características muy particulares una de ellas es la paciencia.

El personal de la Institución satisface en gran medida los vacíos de afecto dejados por la familia en el anciano.

Los mayores adultos necesitan de personal capacitado en las patologías que más se presentan en esta edad como son: Demencia senil, enfermedad de

Alzheimer, limitaciones psicomotoras, las cuales necesitan una intervención controlada por el área de psiquiatría.

Los funcionarios que trabajan con ancianos forman un grupo interdisciplinario con especializaciones en: Medicina, Gerontología, Psiquiatría, enfermería, auxiliar de enfermería e incluso las personas que trabajan en el área de servicios generales tienen que estar capacitados para la atención con ancianos.

## REFERENCIAS

Bautista M. (1990). Hacia un enfoque interpretativo de la enseñanza. España: Granada.

Bolaños T. (1996). Contexto familiar y las condiciones de vida del anciano en el municipio de Taminango. Universidad Mariana: Bolaños T.

Bonilla, Castro E. (1997). Más allá del dilema de los métodos (2ª Ed). México: Uniandes.

Caicedo N. (1998). Ambiente familiar del geronte de la fundación Plenitud.  
Universidad de Nariño: Caicedo N.

Canal G. (1999). Envejecer no es deteriorarse. (1ª Ed). Santafé de Bogotá  
D.C., Colombia: Panamericana editorial.

Carstensen L. (1990). Gerontología clínica intervención psicológica y social  
Barcelona: martínez roca

Flegel y otros. (1989). Métodos estándar de la terapia del comportamiento.  
Bogota: Unión Gráfica editores.

Gomez C. (2002). Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y  
adultos. Bogotá: Javeriano.

Lehr Ursula (1988). Psicología de la senectud. (2ª Ed). Barcelona: Herder.

Montañés P. (2001). Neuropsicología clínica y cognoscitiva. Bogotá D.E:  
Guadalupe Ltda.

Papalia D. (2002). Desarrollo humano. (5ª Ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

Rice P. (1997). Desarrollo humano estudio del ciclo vital (2ª Ed). México:  
Prentice. Hall hispanoamericana S.A.

Rosero L. (1997). Factores bio-psicosociales que afectan la autoestima del  
anciano en el hogar de la buena Esperanza de la ciudad de Ipiales. Universidad  
Mariana: Rosero L.

Ruano A. (1995). Diagnóstico socioeconómico de la población geronte de la  
comuna ocho de la ciudad de Pasto. Universidad Mariana: Ruano A.

Salazar, J. (1995) Psicología social. (9ª Ed). México: Trillas.

Sánchez, C. (2000). Gerontología social. Argentina: Espacio.

<http://www.comunicaciónconancianos.online.com>.

<http://www.desarrollopotencialenancianos.online.com>.

<http://www.Psicología.online.com>.

<http://www.Terapiaconancianos.com>.

<http://www.unilibrebaq.edu.co>.

ANIMADOS



## **ANEXO A**

### **FORMATO DE CUESTIONARIO**

**Objetivo:** Determinar cuales son las características del Mayor adulto, en cuanto a: edad, genero, nivel educativo, estado civil, historia familiar alrededor de la ancianidad, historia laboral, tiempo de estadía, salud física y mental, que se encuentra vinculado al Centro Gerontológico de Nariño.

**Instrucciones:** Las preguntas que se realizan, tienen un cuadro o línea, donde Usted puede marcar con una X la respuesta que crea más conveniente y en la línea Usted puede responder de forma clara y concisa a la pregunta correspondiente.

**Preguntas de carácter histórico o demográfico**

1. Nombre \_\_\_\_\_ 2. Genero \_\_\_\_ 3. edad \_\_\_\_
4. Sus nivel educatifvo fue:
- a) Primaria completa
- b) Primaria incompleta
- c) Secundaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Otra cual \_\_\_\_\_

**Preguntas de carácter familiar**

1. Estado civil
- a. Casado  b. Divorciado  c. Soltero  d. Otro  
cual \_\_\_\_\_
2. Tiene hijos? Si  No  Cuantos \_\_\_\_\_
3. Sus familiares lo visitan? Si  No   
Cada cuanto? \_\_\_\_\_
4. Quienes son los familiares que lo visitan?
- a. Cónyuge  b. Hijos  c. Nietos
- d. Otros, quienes? \_\_\_\_\_

**Preguntas de carácter laboral**

1. Se desempeñó en algún empleo específico?. Si  No

Cual? \_\_\_\_\_

2. En dónde trabajó? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

4. Tiene jubilación? Si  No

5. Su jubilación se la dieron por: a. Edad  b. Invalidez

c. Otro, cual? \_\_\_\_\_

6. Su jubilación en términos de salario mínimo esta hoy en:

a. Entre 1- 2  b. Entre 2-3  c. Más de tres

### **Preguntas sobre la salud**

7. Qué tipo de enfermedades a tenido últimamente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Ha sufrido algún accidente? Si  No

Cuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Necesita cuidados especiales? Si  No

Cuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Qué medicamentos consume actualmente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Siente dolores o molestias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Asiste al médico? Si  No

Cada cuanto? \_\_\_\_\_

Por qué motivos generalmente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Como percibe su estado de salud? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Preguntas sobre la Institución**

14. Hace cuantos años pertenece a esta Institución? \_\_\_\_\_

15. Cómo se siente? \_\_\_\_\_

16. Qué motivos tuvo para ingresar a esta Institución? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXO B**

### **FORMATO DE LA ENTREVISTA PARA EL MAYOR ADULTO**

#### **VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Determinar los conceptos que tienen los mayores adultos vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la

personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen actualmente.

1. Nombre
2. Edad
3. ¿Por qué ingresó a ésta Institución?
4. Quién la trajo a ésta Institución?
5. Qué significa para Usted la vejez?
6. Desde cuándo se considera a una persona vieja?
7. Se percibe Usted como una persona vieja?
8. Usted cambió de alguna forma (según su percepción) su personalidad a través de los años?
9. Si hay diferencias en Usted de cuando tenía 40 o 50 años y ahora, cuáles son esas diferencias?
10. Cómo cambia las relaciones familiares y sociales cuando se atraviesa esta etapa de la vida?
11. Cómo se siente con éste cambio?
12. De este cambio qué fue lo que más le afectó a Usted?
13. Cómo son sus relaciones con la familia?
14. Usted cambió con su familia y sus amigos o sigue siendo igual?

### **ANEXO C**

#### **FORMATO DE LA ENTREVISTA PARA EL MAYOR ADULTO VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Complementar la información sobre los conceptos que tienen los mayores adultos vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez,

sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que éstas personas tienen actualmente.

1. Cómo se siente Usted con la situación actual?
2. Esta situación actual a hecho que cambie su comportamiento, a nivel familiar, social y personal?
3. Si hay cambio, este lo considera Usted como un cambio que lo beneficia o no?
4. Cómo percibe a su familia en su actual situación?
5. Cómo es la comunicación con su familia?
6. Quien es la persona con la que más habla?
7. Quien es la persona con la que menos habla?
8. Quién es la persona con que más se entiende?
9. Quién la persona con la que menos se entiende?

## **ANEXO D**

### **FORMATO DE ENTREVISTA PARA EL MAYOR ADULTO VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Complementar los conceptos del mayor adulto vinculado al Centro Gerontológico de Nariño sobre la tercera edad.

1. ¿Qué hace en su tiempo libre?

2. ¿Cómo le gusta que la traten?
3. ¿Dónde vive?
4. ¿Con quién vive?
5. ¿Quién la visita?
6. ¿Cada cuánto la visitan?
7. ¿Qué es lo que más le molesta?
8. ¿Qué es lo que más le gusta hacer?
9. ¿Qué es lo que menos le gusta hacer?
10. ¿En el Centro quién es la persona con la que más habla?
11. ¿Cómo se siente en la Institución?

## **ANEXO E**

### **FORMATO DE ENTREVISTA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Determinar los conceptos que tienen los funcionarios vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen

actualmente, además de las características que debe tener el personal que trabaja con ancianos, el trato que se debe dar a esta población y las debilidades y fortalezas de estas personas y sus relaciones familiares y sociales.

1. Nombre
2. Edad
3. Profesión
4. ¿Cuál es su cargo actual?
5. ¿Cuáles son las funciones?
6. ¿Cuánto tiempo a trabajado con Mayores Adultos?
7. ¿En dónde trabajó con Mayores Adultos?
8. ¿Cómo define la vejez a través de su experiencia con ésta población?
9. ¿Cómo percibe a las ancianas vinculadas al Centro Gerontológico?
10. ¿La personalidad de las ancianas cambia con el paso del tiempo?
11. ¿Hay diferencias en las ancianas de cuando ingresaron a la Institución y como están actualmente?
12. ¿Cómo percibe Usted que las ancianas se sienten actualmente?
13. ¿Qué hacen en su tiempo libre las ancianas?
14. ¿Cómo cree Usted que eran las relaciones familiares de estas mujeres antes de su ingreso a la Institución?
15. ¿Cómo son las relaciones familiares de las ancianas actualmente?
16. ¿Cómo es la comunicación de la mujer mayor adulta?
17. ¿Estas mujeres tienen amigos?
18. ¿Qué características deben tener las personas que trabajan con el mayor adulto?



19. ¿Cómo debe manejar la familia a su mayor adulto antes de ingresarlo a una institución como ésta?

20. ¿Cómo deben tratar los funcionarios y la familia al mayor adulto cuando este es interno en un Centro como éste?

21. ¿Cuáles son las debilidades o defectos del mayor adulto?

22. ¿Cuáles son las fortalezas del mayor adulto?

## **ANEXO F**

### **FORMATO DE ENTREVISTA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO**

#### **GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Complementar la información sobre los conceptos que tienen los funcionarios vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen actualmente, además de las características que debe tener

el personal que trabaja con ancianos, el trato que se debe dar a esta población y las debilidades y fortalezas de estas personas y sus relaciones familiares y sociales.

1. ¿Cuáles son las patologías presentes en la Institución?
2. ¿Cómo son las relaciones familiares?
3. ¿Cómo son las relaciones sociales de las mujeres mayores adultas dentro de la Institución?
4. ¿Qué es lo que más les gusta hacer a las mujeres vinculadas a éste Centro?
5. ¿Qué es lo que menos les gusta hacer a las mujeres vinculadas a éste Centro?
6. ¿Cuáles son las características físicas del Mayor Adulto vinculado a éste Centro?
7. ¿Cuáles son las características emocionales del Mayor Adulto vinculado a éste Centro?
8. ¿Cuáles son las características sociales del Mayor Adulto vinculado a éste Centro?
9. ¿Cuáles son las características psicológicas del Mayor Adulto vinculado a éste Centro?
10. ¿Cuáles son las características de los funcionarios que trabajan con el Mayor Adulto vinculado a éste Centro?
11. ¿Cómo cree que eran las relaciones familiares de las ancianas antes de su ingreso a ésta Institución?

## **ANEXO G**

### **FORMATO DE ENTREVISTA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Identificar las características del Centro Gerontológico de Nariño, para determinar el marco contextual de la presente investigación?

1. ¿Cuáles la misión del Centro Gerontológico de Nariño?
2. ¿Cuál es la visión del Centro Gerontológico de Nariño?
3. ¿Cuáles son las características de esta Institución?
4. ¿Cómo es la planta física del Centro?

5. ¿Qué tipo de funcionarios trabajan en el Centro?
6. ¿Cuáles son las características de estos funcionarios?
7. ¿Cuál es la atención que brinda el Centro Gerontológico?
8. ¿Cuáles son los servicios que presta ésta Institución?

## **ANEXO H**

### **FORMATO DE ENTREVISTA CON FAMILIARES DEL MAYOR ADULTO**

#### **VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Determinar los conceptos que tienen los familiares de los mayores adulto vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen actualmente.

1. Nombre
2. Edad

3. ¿A quién visita en el Centro?
4. ¿Por qué ingresó a ésta Institución el mayor adulto?
5. ¿Quién la trajo a ésta Institución?
6. ¿Qué significa para Usted la vejez?
7. ¿Cambió de alguna forma (según su percepción) la personalidad del mayor adulto a través de los años?
8. ¿Hay diferencias en el mayor adulto de cuando tenía 40 o 50 años y ahora, cuáles son esas diferencias?
9. ¿Cómo se siente con éste cambio?
10. ¿De este cambio qué fue lo que más le afectó a Usted?
11. ¿Cómo son sus relaciones con el mayor adulto?

## **ANEXO I**

### **FORMATO DE ENTREVISTA CON FAMILIARES DEL MAYOR ADULTO**

#### **VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Complementar la información sobre los conceptos que tienen los familiares de los mayores adulto vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen actualmente.

1. ¿Cuáles son las actividades del mayor adulto durante el día?
2. ¿Cómo es el estado de ánimo del mayor adulto la mayor parte del día?

3. ¿Quién tomó la decisión para el ingreso del mayor adulto a esta Institución?
4. ¿Su mayor adulto tiene amigos?
5. ¿Cuál es la queja más frecuente de su mayor adulto?
6. ¿Cómo percibe Usted al mayor adulto?
7. ¿Qué horario tiene el mayor adulto en el Centro?
8. ¿En su casa hay quien cuide a su mayor adulto?

## **ANEXO J**

### **FORMATO DE ENTREVISTA CON FAMILIARES DEL MAYOR ADULTO**

#### **VINCULADO AL CENTRO GERONTOLÓGICO DE NARIÑO**

**Objetivo:** Complementar la información sobre los conceptos que tienen los familiares de los mayores adulto vinculados al Centro Gerontológico de Nariño, sobre la vejez, sobre la personalidad en la tercera edad, sobre las relaciones familiares y sociales que estas personas tienen actualmente.

1. ¿Qué enfermedades tiene su mayor adulto?
2. ¿Hace cuanto tiempo ingresó su mayor adulto?

3. ¿Cómo se siente usted con la situación actual de su mayor adulto?
4. ¿Hace cuánto tiempo el mayor adulto presenta la condición médica actual?
5. ¿Cada cuanto visita a su familiar?
6. ¿Cómo es su relación con el mayor adulto?
7. ¿Cómo era antes su relación con el mayor adulto?
8. ¿Qué hace el mayor adulto en su tiempo libre?
9. ¿Cómo es la comunicación con su familiar?
10. ¿Cómo se debe tratar al mayor adulto?