

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central

Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Sustentantes

Blanco Espinoza Joseline B10987

Carmona Vargas Stephanie B41442

Gamboa Monge María José B42704

Guevara Obando Karina B23061

Lai Qin Karlin B43701

Comité Asesor:

Msc Jaime Fernández Chaves
Director

Dr. Derby Muñoz Rojas
Lector

Msc Hannia Naranjo Córdoba
Lectora

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica, 2019



EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de julio 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Joseline Blanco Espinoza**, carné **B10987**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime José Fernández Chaves, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
Mauren Araya Solís, Quinto miembro
Jessica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Joseline Blanco Espinoza** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Joseline Blanco Espinoza**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: "**Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central**"

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de julio 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

95

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.

	Jaime José Fernández Chaves, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
	Mauren Araya Solís, Quinto miembro
	Jessica Miranda Navas, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de julio 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Karina Guevara Obando**, carné **B23061**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime José Fernández Chaves, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
Mauren Araya Solís, Quinto miembro
Jessica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Karina Guevara Obando** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Karina Guevara Obando**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág. 2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de julio 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

95

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.

	Jaime José Fernández Chaves, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
	Mauren Araya Solís, Quinto miembro
	Jessica Miranda Navas, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de julio 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **María José Gamboa Monge**, carné **B42704**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime José Fernández Chaves, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
Mauren Araya Solís, Quinto miembro
Jessica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **María José Gamboa Monge** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **María José Gamboa Monge**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de julio 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

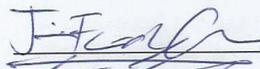
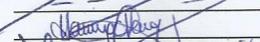
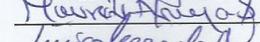
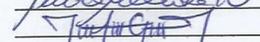
95

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.

	Jaime José Fernández Chaves, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
	Mauren Araya Solís, Quinto miembro
	Jessica Miranda Navas, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de julio 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Karlin Lai Qin**, carné **B43701**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime José Fernández Chaves, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
Mauren Araya Solís, Quinto miembro
Jessica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Karlin Lai Qin** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Karlin Lai Qin**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de julio 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

95

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.

Jaime José Fernández Chaves, Director

Derby Muñoz Rojas, Lector

Hannia Naranjo Córdoba, Lectora

Mauren Araya Solís, Quinto miembro

Jessica Miranda Navas, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





EE Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **30 de julio 2019**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Stephanie María Carmona Vargas**, carné **B41442**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Jaime José Fernández Chaves, Director
Derby Muñoz Rojas, Lector
Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
Mauren Araya Solís, Quinto miembro
Jessica Miranda Navas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Stephanie María Carmona Vargas** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Stephanie María Carmona Vargas**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central"**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág. 2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
30 de julio 2019

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

95

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecinueve** horas.

	Jaime José Fernández Chaves, Director
	Derby Muñoz Rojas, Lector
	Hannia Naranjo Córdoba, Lectora
	Mauren Araya Solís, Quinto miembro
	Jessica Miranda Navas, Preside
	Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatorias

Este paso tan importante en mi vida se lo dedico a todas estas personas que han estado conmigo siempre. Sin ellas, no hubiese sido posible.

Stephanie Carmona Vargas

Dedicatoria

Le dedico este logro a Dios que me ha permitido llegar hasta aquí y brindarme todas las condiciones para poder concluir mi carrera.

A mis padres, por todo el apoyo, los consejos, la comprensión, el amor y la ayuda que me han brindado durante toda mi vida y especialmente en los momentos difíciles.

A mis amigos por ser parte de mi vida y a mis compañeras de seminario, que me han permitido convivir con ellas durante todo el proceso.

Karlin Lai Qin

Dedicatoria

Primeramente, este gran logro quisiera dedicárselo a la gran red de apoyo que Dios me otorgó: mi familia, la cual ha sido un pilar fundamental en todo este camino, desde primos, tías, sobrinos, hermanos y especialmente a mis padres, cada uno de ellos ha permitido la culminación de esta gran etapa.

Finalmente, quisiera dedicárselo a la mejor maestra que pude tener a lo largo de mi carrera, a la persona que me inspiró día tras día y desde aquí en la Tierra miro al cielo y le digo que: ¡al fin lo logramos!, dedicado a tí, Abuela Rosa.

Joseline Blanco Espinoza

Dedicatorias

Con especial cariño, dedico este logro a las dos personas que más amo:

Mi papá:

Papí, te dedico con mucha felicidad y orgullo ser Licenciada, usted es una persona que siempre ha creído en mí, que me ha sostenido en mis peores momentos y que siempre ha tenido las palabras correctas para levantarme, porque ha vivido cada paso que he dado en mi vida y ha sabido escucharme, respetarme y celebrar mis logros. Te Amo pa, no podría existir un mejor padre, y esto es de los tres, Mateo, suyo y mío.

Mi hijo:

Mateo, mi amor, eres ese ser por el que he luchado y lucharé por el resto de mi vida, espero ser ejemplo en tu vida y siempre hacerte sentir orgulloso. Te amo.

Karina Guevara Obando

Dedicatoria

En primera instancia dedico de manera especial este logro a mi familia, quienes fueron ese cimiento tan fuerte que me ayudó durante la construcción de este proceso académico que ha culminado exitosamente.

Así también, quiero dedicárselo a mi “Tuna”, que sé que, desde lo más alto en el cielo, me está observando y me ha cuidado a lo largo de este difícil camino; desde el fondo de mi corazón le digo: “Mi Tunita, lo logramos, espero estés muy orgulloso de mí”.

María José Gamboa Monge

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por haberme permitido vivir esta experiencia que significó más que un título, he aprendido a vivir como persona, a sobrevivir en esta sociedad cada vez más exigente, a abrir mi mente hacia mi futuro y a valorar más que nunca las pequeñas cosas que nos hacen felices.

Agradezco a mi familia porque nunca me dejaron sola, siempre han estado ahí para apoyarme y levantarme cuando más lo necesitaba. En especial a mi madre hermosa y valiente Elsa Vargas, quien ha significado un tesoro en mi vida, alguien incondicional que a pesar de la distancia, SIEMPRE está ahí para mí, acompañándome en mis triunfos y momentos difíciles. Gracias mami, TE AMO.

A mi padre que siempre me ayudó para que nunca me faltara nada. A mi tía Vita y su familia que me ofrecieron un espacio en su hogar y que me permitió sentirme en casa, a pesar de estar lejos de ella. GRACIAS.

Además, a mi hermana Keylin, y su familia Carlos e Ignacito quienes han sido personas muy importantes en este proceso, siempre apoyándome en todo momento. Muchas gracias, los amo mucho. A Roberth y Greivin mis hermanos, quienes sé que cuento con su apoyo por siempre.

A mi novio Diego, quien también me ha apoyado mucho en este proceso. Te amo.

Stephanie Carmona Vargas

Agradecimientos

Ha sido largo el proceso, pero valioso. Este logro no solo es resultado de mi esfuerzo individual, sino, también de todas aquellas personas que me apoyaron de diferentes maneras durante todos estos años. El proceso no termina aquí, al contrario, este momento marca una pauta especial y me recuerda la satisfacción que me brinda como persona alcanzar mis metas propuestas en la vida. Por ende, deseo de corazón principalmente agradecer a mi familia, por apoyarme en todas mis decisiones, por ser un pilar que me motiva para continuar alcanzando mis logros.

Le agradezco a los profesores, M.Sc. Jaime José Fernández Chaves, Dr. Derby Muñoz Rojas y la profesora M.Sc. Hannia Naranjo Córdoba, por acompañarnos y brindarnos guía durante todo el proceso de la elaboración del presente trabajo. Ha sido de privilegio contar con su ayuda.

A la Universidad de Costa Rica, durante estos 5 años en los que he sido estudiante, le doy las gracias a esta prestigiosa institución por la atención brindada, por mi formación como persona y profesional, la calidad de la educación y por velar que cada uno de los profesores sea excelente. Asimismo, le agradezco a la Escuela de Enfermería por luchar constantemente por el prestigio de nuestra profesión y prepararnos para ser profesionales de la más alta calidad.

Gracias a todas aquellas personas adultas mayores que nos permitieron hacerlos partícipes y protagonistas de esta investigación; sin ustedes este logro no se hubiese alcanzado. Les agradezco la confianza, el cariño y respeto que nos compartieron durante todo el proceso de interacción.

A las administradoras de cada uno de los Centros Diurnos que nos permitieron realizar el presente trabajo y recibieron con los brazos abiertos en sus instalaciones y asimismo, la confianza de trabajar con las personas adultas mayores de los centros diurnos que administran. Del Centro Diurno San Vicente de San Paúl, le agradezco a doña Doris Zúñiga y Fanny Williams. En el Centro Diurno ASESAM a la señora Nidia Robles Monge y en el Centro Diurno de Calle Blancos a la señora Anabel Gómez.

A mis compañeras de investigación, fue un proceso largo y tuvimos obstáculos en el camino, sin embargo, no hay mayor satisfacción que poder afirmar que lo logramos. Ha sido de mucha felicidad para mí que iniciamos el proceso juntas y logramos concluir también unidas. Hemos pasado altos y bajos, pero lo más importante es que perseveramos y nos ha permitido concluir este ciclo, por lo cual les agradezco.

Por último, pero no menos importante, le doy las gracias a todas las personas que de una manera u otra, han sido claves en mi vida; quiero mencionar a dos personas especialmente, Johan Smith Gamboa y Sebastián Arguedas Chacón.

Karlin Lai Qin

Agradecimientos

Quisiera agradecer primeramente a Dios y a la vida por haberme dado la gran oportunidad de formarme en una de las mejores universidades del país, a cada profesor que invirtió horas de su trabajo para inspirarme a ser un profesional con excelencia, a los usuarios que lo largo de estos años pude tener algún contacto, gracias a cada uno de ellos por dejarme iniciar mi vida profesional.

Joseline Blanco Espinoza

Agradecimientos

Primeramente, agradezco a Dios, sin él no hubiera tenido las fuerzas para seguir en este proceso, por la perseverancia que nos regaló a mí y a mis compañeras para vencer con éxito este proceso. Este ciclo me demostró una vez más que nada en la vida es fácil, que hay que luchar por los objetivos que uno se proponga y que solo a través del trabajo arduo y el sacrificio se obtendrá lo anhelado.

Gracias a mis padres, Yahaira Obando y Armando Guevara, gracias por siempre priorizar en mi vida el estudio, gracias a sus creencias me enseñaron que la educación es fundamental.

Gracias a mi amada Universidad de Costa Rica, encontré un espacio que me ayudó no solo a estudiar una carrera, sino que me hizo tener un pensamiento más crítico, hizo que me confrontara como alumna, como persona, contribuyó a encontrar quien soy, me regaló años valiosos en mi vida y conocí a personas que siempre llevaré en mi corazón.

Gracias a los profesores, M.Sc. Jaime José Fernández Chaves, Dr. Derby Muñoz Rojas y la profesora M.Sc. Hannia Naranjo Córdoba, por creer en nosotras, por todo el tiempo, consejos, correcciones, en general, por toda la guía brindada, este logro es de ustedes también.

Gracias a Jeimy Rojas, que en cada campo clínico me dio ánimos, me escuchó y se rió de mis ocurrencias, por haber hecho el mejor dúo de trabajo, porque dejaste de ser compañera para ser mi amiga, gracias por todos estos años compartidos y por ser un ejemplo de lucha para mí.

Finalmente, agradezco infinitamente a mi grupo de compañeras con las que realicé este trabajo, sin cada de ustedes no hubiera sido posible, y cuando más sentíamos que no había un

futuro, alguna salía a liderarnos para continuar con el objetivo planteado. Gracias chiquillas, lo logramos!!!

Karina Guevara Obando

Agradecimientos

Primeramente, quiero agradecer a Dios por brindarme las herramientas necesarias para sobrepasar todos los obstáculos que se presentaron en este recorrido y lograr salir triunfante en este proceso de formación profesional. Aunado a esto, agradecer a la Universidad de Costa Rica quien me brindó una educación holística e integral durante estos 5 años.

Así también, quisiera extender este sentimiento de gratitud al programa de Residencias, gracias al cual tuve un hogar durante 4 años de mi vida académica, en donde conocí personas maravillosas, quienes también fueron un soporte importante para culminar este largo camino.

María José Gamboa Monge

Tabla de contenidos

CAPÍTULO I	1
INTROCCIÓN	1
1.1 INTRODUCCIÓN	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 ANTECEDENTES	13
1.3.1 Antecedentes Internacionales	13
1.3.2 Antecedentes Nacionales	23
1.4 TEMA	25
1.5 PROBLEMA	25
1.6 OBJETIVOS	25
1.6.1 Objetivo General	25
1.6.2 Objetivos específicos	25
CAPÍTULO II	26
MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	26
2. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	27
2.1 Enfermería	28
2.1.1 Teoría de la Consecución de objetivos, de Imogene King	28
2.2. Persona adulta mayor	33
2.2.1 Proceso de envejecimiento	34
2.2.2 Teorías sociales del envejecimiento	35
2.2.2.1 Teoría de la liberación	36
2.2.2.2 Teoría de la continuidad	36
2.2.3 Teoría de desarrollo de Erikson	37
2.2.4 Autonomía e independencia en la persona adulta mayor	38
2.3 Familia	39
2.3.1 Funciones de la familia	40
2.3.2 Tipos de familias	41
2.3.3 Familia como sistema	42

2.3.3.1 Teoría de los sistemas	42
2.3.3.2 Teoría estructural de Minuchin	43
2.3.3.3 Familia desde la teoría estructural funcional	46
2.3.4 Familia como red social	47
2.3.5 Familia y el ciclo vital	48
2.3.6 Familia y persona adulta mayor	50
2.3.7 Género	52
2.3.8 Violencia en la persona adulta mayor	54
2.4 Apoyo Familiar	56
2.4.1 Tipos de apoyo	57
2.4.2 Funciones del apoyo social	58
2.5 Legislación en Costa Rica sobre la Persona Adulta Mayor	62
2.5.1 Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor	62
2.5.2 Política Nacional de enfermería	63
CAPÍTULO III	66
METODOLOGÍA	66
3. METODOLOGÍA	67
3.1 Modalidad de estudio	67
3.2 Fase investigativa	67
3.2.1 Alcances de la investigación	68
3.2.2 Población	69
3.2.3 Criterios de inclusión	69
3.2.4 Criterios de exclusión	69
3.2.5 Muestra	69
3.2.6 Reclutamiento de la población	71
3.2.7 Consentimiento informado	72
3.2.8 Lugares de la investigación	72
3.2.9 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	74
3.2.9.1 Entrevista semiestructurada	74
3.2.10 Protección de los y las participantes y de los datos	82
3.2.11 Pilotaje	83

3.2.12 Análisis de los datos	84
3.2.13 Divulgación	86
3.2.14 Consideraciones éticas	87
3.3 Fase reflexiva	89
3.3.1 Actividades de la fase reflexiva	90
CAPÍTULO IV	92
ANÁLISIS DE RESULTADOS	92
4. RESULTADOS	93
4.1.2 Datos sociodemográficos	99
4.2 Análisis de los resultados	100
4.2.1. Una mirada bajo el sistema conceptual de Imogene King	100
4.2.2. Persona Adulta Mayor	101
4.2.2.1. Percepción de salud: “mi salud es buena a pesar de estos dolores”	101
4.2.2.2 Autonomía: “yo soy una persona muy liberal”	105
4.2.3. Familia	109
4.2.3.1. Composición de la familia	109
4.2.3.2. El apoyo familiar como factor determinante de la familia	113
4.2.3.3. Roles: “dije, soy abuela, no soy mamá”	115
4.2.3.4. Género y el rol de cuidadora: “Mi hija es la que está más a la mira de mí”	117
4.2.4 Apoyo Familiar	121
4.2.4.1. Significado de apoyo familiar: “ <i>como me tratan, como me cuidan</i> ”	121
4.2.4.2 Apoyo Emocional: “hablan conmigo, están pendientes de mí”	126
4.2.4.3 Afecto y sentimientos generados: “lindísimo, como si uno les importara a ellas”	127
4.2.4.4 Escucha: tengo confianza para contarles todo	129
4.2.4.5 Comunicación	131
4.2.4. 6. Apoyo Informativo	132
4.2.4.7 Apoyo Instrumental: “ <i>ellos me dan todo</i> ”	134
4.2.4.8. Sobreprotección: “no me dejan salir sola”	135
4.2.4.9 Preocupación:” ellos están a la mira mia”	137
4.2.4.10 Acompañamiento: “Para mí es mucho, que ellos me están acompañando”	139

4.2.4.11. Percepción de ausencia de apoyo familiar	140
4.2.4.12. El Apoyo familiar desde el proceso de interacción humana	141
4.2.5. Conclusiones	147
4.2.6. Recomendaciones	150
4.2.4.5. Limitaciones	152
Bibliografía	153
ANEXOS	165
Anexo 1. Cronograma	166
Anexo 2. Entrevista semiestructurada	168
Anexo 3. Consentimiento informado	170
Anexo 4. Carta de aprobación Comisión de Trabaos Finales de Graduación, Escuela de Enfermería	174
Anexo 5. Carta Centro Diurno ASESAM	175
Anexo 6. Carta Centro Diurno Calle Blancos y San Francisco de Goicochea	176
Anexo 7. Carta Centro Diurno San Vicente de Paúl	177
Anexo 8. Carta de Aprobación del Comité Ético Científico	178

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación se elaboró bajo la modalidad de seminario como trabajo final de graduación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; el seminario permitió el estudio reiterado del tema a través de dos momentos, una fase que investigativa, por el cual tuvimos un acercamiento a la realidad y otra reflexiva, que facilitó el análisis del tema. El estudio es de tipo cualitativo con un diseño descriptivo de alcance exploratorio, el cual tiene como finalidad describir y analizar el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores que asisten a tres centros diurnos del Valle Central, durante el primer semestre del año 2019.

En Costa Rica, se considera persona adulta mayor a quien tiene 65 años o más, lo cual, representa aproximadamente el 10.37 % de la población total, tomando en cuenta los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el año 2017, el cual indica la existencia de 518.777 personas de 65 años en adelante en el país; cabe destacar, que, según el INEC (2018), las estimaciones de los años próximos sobre este porcentaje aumentarán.

Se analizó el apoyo familiar percibido por personas adultas mayores, tomando en cuenta los cambios normales del envejecimiento. De acuerdo con distintos estudios, el apoyo familiar representa un importante factor en el proceso de envejecimiento, ya que, la familia es el principal referente de los individuos y la sociedad, de manera que un ambiente familiar sano, con cariño y atención, favorece la salud, de lo contrario, se convierte en un ambiente lleno de inseguridades, por lo cual, predispone a la persona adulta mayor a enfermedades que afectan su vida diaria (Jauregui y Salgado (2006) citado por Zapata, Delgado y Cardona, 2015).

Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores, con las cuales se obtuvo la información necesaria, en el Centro Diurno de Calle Blancos, ASESAM (Asociación Específica del Adulto Mayor de San Blas) en Cartago y en el Centro Diurno San

Vicente de San Paul en Tibás. Posteriormente, se realizó un conversatorio con la participación de expertos en el tema para la fase reflexiva.

El interés nace a partir de la observación del fenómeno en el cambio de la estructura poblacional, en la cual, se muestra la creciente cantidad de personas adultas mayores en Costa Rica y el mundo en general, así lo confirma la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Así mismo, la preocupación por la calidad de vida que llevan estas personas, siendo la familia uno de los pilares o elementos más importantes.

Es por ello que, con los resultados obtenidos, se logró conocer de qué manera perciben el apoyo familiar las personas adultas mayores y qué importancia tiene este para su vida, además, se incluyó un análisis desde las teorías sociales del envejecimiento, teoría de sistemas de familia y la teoría de sistemas de Imogene King, con el objetivo de entender el fenómeno.

Cabe mencionar que este seminario se trabajó con un equipo interdisciplinario, ya que se contó con profesionales en el área de enfermería, gerontología, trabajo social, salud mental y administradoras de los centros diurnos seleccionados; dicho esto, resalta la importancia que tiene no solo el fenómeno estudiado, sino, cómo desde diferentes disciplinas se trabaja el tema de apoyo familiar en la etapa de la adultez mayor.

Enfermería es una disciplina que lidera procesos y a equipos interdisciplinarios, asimismo, trabaja en los diferentes niveles del sistema de salud, por ende, a través de estudios como este, no solo se aporta al conocimiento e investigación desde el área de enfermería, sino, para que otros profesionales conozcan del tema y les permita aportar desde sus respectivas áreas. De esta manera se demuestra que enfermería funge como puente para el cumplimiento de objetivos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando con mayor rapidez que cualquier otro grupo etario en casi todos los países, esto debido a distintos cambios como la disminución en la tasa de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno representa un importante reto en la salud pública por lo que la investigación en esta área es de vital importancia.

La OMS (2018) destaca que es evidente que el número de personas mayores crece exponencialmente y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo de la sociedad y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y la seguridad social.

Según datos de este mismo ente, esta población duplicará su proporción en el año 2050, pasando del 11% al 22%. Lo que significa en números absolutos, de 605 millones a 2000 millones (OMS, 2018).

Más específicamente en este contexto, según, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en América Latina y el Caribe, entre 1975 y 2000, la población de 60 años o más aumentó del 6,5% al 8,2% y la tasa proyectada para 2025 es del 15% y, para 2050, 24% (Alvarado, Toffoletto, Oyanedel, Vargas y Grandón, 2017).

Como se mencionó anteriormente, uno de los factores que contribuyen a tal crecimiento es el aumento de la expectativa de vida. Esta constituye un avance muy positivo en los sistemas de salud mundial; sin embargo, también representa un gran reto para garantizar que la etapa de la vejez sea de productividad y satisfacción.

Las personas adultas mayores, enfrentan una serie de desafíos, a parte de su proceso de envejecimiento, como lo son los cambios a nivel familiar y social, por ejemplo, la muerte de su

cónyuge, hermanos, amigos y vecinos cercanos con los que compartieron gran parte de su vida. Además, la aparición de enfermedades agudas y con mucha frecuencia crónicas, son solo algunos eventos significativos que atraviesa la persona adulta mayor.

De acuerdo con lo anterior, el impacto en la sociedad de este fenómeno es significativo, con el deterioro progresivo de salud que sufren, por sus cambiantes condiciones biológicas y sociales. Cerca de la mitad de esta población cataloga su salud como regular o mala, relacionando su deteriorada salud con las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, dislipidemias (factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte), cáncer, etc. (Centro Centroamericano de Población, 2008).

Esto evidentemente conlleva consecuencias en el ámbito social y económico del país, tomando en cuenta que las medidas en los sistemas de salud, deben abocarse a proporcionar una atención eficaz a estas necesidades que se incrementarán con el crecimiento de esta población, y los costos para la cobertura de salud de estas enfermedades generalmente son elevados.

Sánchez (2005), mencionan que los cambios a nivel familiar, se debe a procesos relacionados al cambio de una sociedad agraria a una más industrial, lo que ha cambiado los estilos de vida de rural a urbano. Es decir, los patrones de convivencia de las familias han cambiado, de las familias grandes extendidas a un tipo de familia más nuclear, además las mujeres se han incorporado al mundo laboral, reduciendo el tiempo que pasa con su familia. Todos estos cambios evidencian la necesidad de ahondar e investigar sobre los sistemas sociales de apoyo con que cuenta las personas adultas mayores, estos autores hacen énfasis en los sistemas informales, es decir, las relaciones afectivas que la persona adulta mayor sostenga con otras, las cuales son importantes para la calidad de vida y el bienestar.

Un aspecto importante para disminuir el impacto negativo de esta situación es prever con anticipación los diferentes problemas, esto con el objetivo de que se tomen las mejores decisiones (Fernández y Ponce de León, 2013). Lo anterior, se puede lograr mediante el estudio e investigación de dicha problemática, ya que se puede conocer a profundidad su situación particular y aumentar los conocimientos en beneficio de las personas adultas mayores.

La Organización Mundial de la Salud (2002), destaca un concepto importante para las personas adultas mayores, el envejecimiento activo, el cual es un “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 79).

Dentro de este concepto se hace mención al papel del contexto de las personas que rodean a las personas adultas mayores, es decir, la familia, los amigos y miembros de la comunidad. Aduciendo a la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, que consiste en dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de personas mayores y de jóvenes como principios importantes del envejecimiento activo (OMS, 2002).

El apoyo social constituye un factor protector para la persona adulta mayor, y se documentó como un determinante para el envejecimiento activo. Zapata, Delgado y Cardona (2015) mencionan que las “redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez” (p. 858).

Asimismo, estos autores logran concluir con su estudio que un aspecto que facilita el bienestar en la persona adulta mayor, es la familia. Además, es un factor protector para prevenir trastornos como la depresión y suicidio. Por lo que, la soledad, o el hecho de vivir solos,

representa un factor de riesgo para la persona adulta mayor. Y en latinoamérica, la familia sigue siendo el principal ente cuidador de la persona adulta mayor.

Relacionado con lo anterior, Alvarado, Toffoletto, Oyanedel, Vargas y Grandón (2017), mencionan que factores como el contacto familiar están relacionados al bienestar subjetivo, la felicidad, autonomía y capacidad laboral, las cuales proporcionan sentimientos de valor, autoestima y bienestar en la persona adulta mayor. Confirmando lo mencionado por otros estudios, como condiciones prioritarias para el bienestar para la persona adulta mayor, la salud en primer lugar y luego las relaciones familiares, sociales y la adaptación.

Requena, López y Ortiz, (2010), también hace referencia a las relaciones sociales y cómo estas se relacionan estrechamente con el envejecimiento satisfactorio. Explican, que la actividad social se va a ver disminuida conforme pasan los años y las personas adultas mayores presentan dificultades tanto en la salud como en la pérdida de familiares y amigos. De este modo, es trascendente fomentar que las personas adultas mayores logren desenvolverse socialmente, sin importar la edad que tengan, que sientan apoyo por parte de las personas que los rodean para realizar las actividades diarias.

En el contexto global actual del envejecimiento de la población, promover el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores a través del apoyo social, con el fin de mejorar su satisfacción con la vida, ha representado un desafío, tanto para los responsables de las políticas públicas, como para los profesionales de la salud, incluidas muy directamente Enfermería, quien tiene el poder y la oportunidad de ponerse en contacto con cada persona y realizar acciones para el logro de una mejor salud y aportar a la satisfacción con la vida de la persona adulta mayor.

En Costa Rica se cuenta con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2011-2021), la cual tiene como finalidad garantizar que todas aquellas personas de 65 años o más

tengan igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos, como educación, salud, cultura, deporte, recreación, vivienda y trabajo en esta etapa de la vida; a través de la regulación de derechos y beneficios que se les brinda a esta población.

Aquí es necesario destacar la premisa de superar el modelo de un cuidado biomédico, fragmentado y curativo. Y trascender hacia acciones en el ámbito social, hacia el fomento de la participación y los hábitos de vida saludables y centrar el cuidado en los factores que determinan el bienestar subjetivo (Alvarado, et al. 2017).

Existe evidencia de que una parte de la población adulta mayor tiene necesidades de apoyo social, aproximadamente un 10% no recibe ayuda con las actividades cotidianas, aunque manifieste necesitarlas (Centro centroamericano de Población, 2008).

Arias (2013) también menciona sobre las necesidades de participación en las relaciones familiares y comunitarias. Refieren que las personas adultas mayores poseen una vida social escasa y apoyos sociales insuficientes. Basándose en los eventos de fallecimiento de familia y conocidos o amigos. También, un cambio de roles y de espacios de participación y a la dificultad de incorporar nuevos vínculos y de iniciar nuevas actividades, lo que en consecuencia ocasiona situaciones de aislamiento social y sentimientos de soledad.

Autores como Dolan, Canavan y Pinkerton (2006), hacen referencia a los profesionales de apoyo familiar, quien se encarga que el apoyo sea una realidad ya sea desde la prestación de servicios de forma directa en la comunidad, de gestión o evaluación. Explica mediante una pirámide, que para que se dé el apoyo familiar es necesario la participación de distintos actores sociales trabajando de manera integrada. En la base de la pirámide se ubica las políticas nacionales o la legislación, más arriba, se encuentran las organizaciones, voluntariados y la

comunidad; seguido de los vecinos, más arriba, se encuentran los amigos y familiares lejanos, finalmente los familiares del núcleo.

Dicho esto, el apoyo familiar articula a todos estos actores mencionados previamente con la participación en actividades sociales informales que favorecen la integración. Estos programas promueven y protegen la salud, el bienestar y todos los derechos de los miembros de las familias, especialmente a las poblaciones vulnerables. Algunos de sus principios importantes son: 1. debe tener una perspectiva basada en fortalezas, que tenga en cuenta la capacidad de recuperación como una característica de la vida de las familias, 2. debe de ir enfocado a los deseos, sentimientos, seguridad y bienestar de los participantes, 3. promueve con intervenciones efectivas el fortalecimiento de las redes de apoyo informales.

Costa Rica en su Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N°7935), adoptada en 1999, dirigida a esta población, en el artículo 15 y 16, promueve el envejecimiento activo y la permanencia en el núcleo familiar y comunitario a través de la realización de actividades que sean del interés para la persona adulta mayor. Es decir, en Costa Rica existen intenciones desde el ámbito de las políticas públicas para asegurar el envejecimiento activo, sin embargo, es necesario concretar esas intenciones en acciones realizables y reales con este grupo poblacional.

A través de investigaciones como esta, se permite observar el comportamiento del apoyo familiar con la persona adulta mayor, lo que permitiría implementar medidas beneficiosas como fortalecer los programas de prevención y promoción de la salud, con el objetivo de disminuir el impacto del incremento en las patologías crónicas incapacitantes, además a favor de fomentar las redes de apoyo, de esta manera se está enfocando en las necesidades que verdaderamente afectan a los adultos mayores y así abordarlo de una forma efectiva que beneficie a la sociedad.

En la profesión de enfermería, como disciplina, hay que recordar su esencia de estudio, el cual es el cuidado, este es el objeto de conocimiento y criterio para distinguirla de otras profesiones, el mismo debe realizarse a través de un proceso de acción, reacción e interacción en el que la relación enfermera (ro) y la persona comparten información acerca de sus percepciones. El profesional de enfermería tiene como función esencial satisfacer una necesidad social, a través de la enseñanza, la guía y orientación a los individuos y grupos, incluyendo la familia, para conservarse sanos (King, 1984).

En este sentido, el trabajo pretende en su desarrollo analizar y reflexionar sobre la promoción de apoyo de la familia a la persona adulta mayor por medio de la intervención de enfermería a través de su proceso de atención, identificando los roles de cada miembro de la familia y sus necesidades como grupo social, e involucrando a todos los miembros en un cuidado recíproco, teniendo como un medio complementario de sumo valor instituciones de apoyo social a la persona adulta mayor como es el caso de los centros diurnos.

Consecuente con lo anterior, se identifica la promoción de la autonomía de la persona adulta mayor dentro de su familia como una acción fundamental de Enfermería. Esto en respuesta al mito de que la persona adulta mayor pierde su autonomía (CONAPAM, 2013).

El cuidado debe ejercerse de manera profesional, ya que ciertamente se sabe que es un concepto inherente al ser humano, lo que distingue enfermería es el cuidado holístico, el cual según Sotomayor (2015) es el que:

Reconoce que las experiencias de vida del ser humano son punto de partida para explicar sus comportamientos como seres humanos individuales, aceptando su dimensión subjetiva e intersubjetiva, su experiencia, creatividad y desarrollo. (p. 65)

De acuerdo con lo anterior, el cuidado de enfermería requiere que el profesional posea habilidades para obtener información importante que permita la toma de decisiones y las capacidades de análisis e integración de saberes de todos los ámbitos de la vida humana, y como ellos se interrelacionan para manifestarse en las conductas y comportamientos (King, 1984). Específicamente, la población adulta mayor, enfrenta retos propios de su etapa, los cuales la convierten en una población prioritaria para las acciones en materia de salud.

Es importante determinar ciertos comportamientos en las personas adultas mayores que están en riesgo de presentar alguna alteración, para que, de esta manera, se pueda actuar a tiempo y tratar en la medida de lo posible de contrarrestar los factores que están influyendo negativamente. Conocer los recursos en cuanto a redes sociales y apoyo que reciben, es un primer paso para las intervenciones profesionales de enfermería. Autores de Enfermería gerontológica como Tabloski (2010), menciona que para una valoración integral de la persona adulta mayor, es necesario una valoración de su historia social, que incluye una evaluación completa del sistema de apoyo social disponible, entre ellos unos de los principales es el de la familia.

En la legislación costarricense de enfermería, específicamente la Política Nacional de Enfermería (2011-2021) contiene un eje temático destinado a la población adulta mayor y establece estrategias destinadas a mejorar la situación de las personas adultas mayores, promoviendo las intervenciones de enfermería en la comunidad. En ese sentido, al ser los centros diurnos una institución fundamental dentro de una comunidad, se hace necesario la incursión de enfermería en estos espacios, sin embargo, para todas las acciones que pueda desarrollar de parte de enfermería, es pertinente conocer primero la realidad en que viven sus habitantes desde sus propias vivencias y percepciones. De esta forma, acercarse a un fenómeno

que afecta en gran medida la vida de las personas como lo es el apoyo familiar es importante como punto de partida.

El bienestar de esta población representa un mejor desarrollo de un país con respecto a su población, ya que la problemática existente no solo afecta a las personas adultas mayores sino a la población en general, incluyendo familias, comunidades, sistemas de salud, sistemas económicos y políticos.

Uno de los aspectos por lo que también dicha investigación se considera fundamental para el desarrollo de nuevo conocimiento de enfermería, es la escasez de información e investigaciones a nivel nacional en cuanto a este tema, mediante la búsqueda de antecedentes se pudo constatar. La falta de información confiable de un fenómeno lleva a tomar decisiones basadas en el desconocimiento de la realidad de las poblaciones.

Por lo tanto, se busca ampliar y generar nuevos conocimientos sobre el apoyo familiar en la persona adulta mayor. Asimismo, generar nuevas interrogantes acerca de la temática para inspirar más investigación a favor de mejorar las condiciones de esta población. Y como futuras profesionales de Enfermería, nos vemos sensibilizadas con la población adulta mayor, debido a las condiciones y las realidades que ellos y ellas viven hoy en día, ya que hemos tenido la oportunidad desde la propia carrera y mediante experiencias personales de tener un acercamiento a su situación.

1.3 ANTECEDENTES

Este apartado presenta al lector una recopilación de estudios y artículos confiables que se han realizado en otros países y en Costa Rica sobre el apoyo familiar en la etapa de la adultez mayor. Se aborda la importancia del apoyo familiar para la persona adulta mayor, los factores que influyen en la percepción del apoyo, situaciones en las cuáles el adulto mayor percibe el apoyo familiar, los beneficios que se observan cuando un adulto mayor posee apoyo de su familia y por último, la evidencia de la falta de estudios sobre esta temática en nuestro país.

1.3.1 Antecedentes Internacionales

Badriah y Sahar (2018), en su estudio cualitativo fenomenológico realizado en Indonesia, utilizaron entrevistas semiestructuradas con el objetivo de comprender las experiencias de las personas mayores con diabetes mellitus (DM) sobre el apoyo familiar. Dentro de los resultados más importantes destacan que las personas mayores entrevistadas tuvieron cambios físicos y psicológicos y que los mismos son afectados según el apoyo familiar que recibieron. Más específicamente, destacan tres temas principales: cambios en las personas mayores con DM, apoyo familiar óptimo y apoyo familiar subóptimo.

Así también Badriah y Sahar (2018) determinaron que los cambios psicológicos, físicos y espirituales se identifican como subtemas de cambios en las personas mayores con DM. El apoyo familiar óptimo incluye aspectos como el suministro de información, la facilitación y la apreciación del rol desempeñado por los miembros de la familia de mayor edad. Por el contrario, el apoyo familiar subóptimo incluía condiciones limitadas de la familia, que se reflejaba en un menor cumplimiento de las necesidades de la persona adulta mayor.

La conclusión a la que llegan en este estudio es que el apoyo familiar puede ser una referencia para crear un modelo de intervención de enfermería familiar para mejorar el estado de salud de las personas adultas mayores con DM, mediante la optimización del apoyo familiar (Badriah y Sahar, 2018). Como se mencionó anteriormente, la cantidad de estudios sobre el apoyo familiar en la persona mayores muy limitada, sin embargo en este estudio se puede reflejar la importancia específica del apoyo familiar en la persona mayor desde el punto de vista de salud y los cambios que experimenta, para el presente seminario es de vital importancia ya que se toma en cuenta la condición de salud de la persona y su relación con el apoyo familiar, aspecto que es abordado a lo largo del seminario. Además, se destaca que este es un estudio realizado por profesionales en enfermería, lo que ayuda a justificar como enfermería debe abordar estos temas para el beneficio de la población adulta mayor a través de la optimización del apoyo familiar.

En un estudio cuantitativo en México, para validar una escala de apoyo social en adultos, García, García y Rivera (2017) mencionan que el apoyo social es un término relativamente reciente de estudio, de acuerdo con estos autores, es en los años 70's que el término comienza a generar interés y se inicia a estudiar el apoyo social en diferentes investigaciones, principalmente por parte del médico y epidemiólogo John Cassel y el psiquiatra Sidney Cobb, los cuales detallaron, "las personas con lazos sociales fuertes estaban protegidas contra los efectos patógenos de los eventos estresantes de cada día" (p. 2562).

Es decir, los efectos de los factores dañinos o estresantes eran disminuidos en aquellas personas con redes sociales más amplias, proporcionando de esta manera, acciones como la comunicación, apoyo, asistencia, evaluación y recompensa. Como lo indican Cohen, Underwood y Gotllieb citados por García, García y Rivera (2017), Cobb mencionaba que las

personas estaban mejor protegidas del estrés cuando lograban una comunicación efectiva con los otros, al mismo tiempo cuando se sentían que eran amados, cuidados, estimados, valorados y con responsabilidades mutuas; lo que, a su vez, evidencia la existencia de un componente de identificación con el otro o los otros.

Dentro de los resultados más importantes de este estudio, es que el apoyo social lo conforman aspectos emocionales, de compañerismo, validación y práctico/instrumentales, además, se destaca la importancia de las relaciones con otras personas, los papeles sociales y la pertenencia a un grupo, ya que constituyen el fundamento de la identidad personal (García, García, Rivera, 2017). Este estudio facilita la comprensión del apoyo social desde las diferentes clasificaciones para el presente seminario, además, aporta un marco histórico por el cual esta temática ha sido abordada, la cual se puede observar que se encuentra relativamente reciente.

Por su lado, Landette & Brea (2000) realizan un artículo en España, donde valoran la evolución histórica del apoyo social, los mismos concuerdan que el estudio del apoyo social y el bienestar que se genera, tiene efectos en la salud de las personas, y por ende, ha sido de amplio interés desde los años setentas, principalmente en 3 áreas.

La primera, el desarrollo etiológico de las enfermedades; la segunda, la eficacia que el mismo genera en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación y en última instancia, el aislamiento y la desintegración social, que han sido determinantes para el origen de los actuales problemas psicosociales (marginación, trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, problemática familiar, delincuencia, etc). Debe considerarse el apoyo social, ya que es importante determinar la red social en la que se ha desenvuelto cada persona a lo largo de su vida (Landette y Brea, 2000; citando a Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

Así mismo, en esta investigación se hace referencia a que actualmente los estudios que valoran el apoyo social toman en consideración el desarrollo de las enfermedades en las personas adultas mayores, con la finalidad de analizar si hay relaciones directas entre sí. Se considera el factor de apoyo social, de gran importancia para prevenir el origen de la enfermedad, además, de reducir la consecuencia de la misma y en últimas instancias facilitar la recuperación (Landette y Breva, 2000). En este estudio se detalla más a profundidad sobre la evolución histórica del término apoyo social, el cual se relaciona con apoyo familiar, asimismo, se puede reflejar como esta temática está ligada con las condiciones de salud en las personas.

De igual manera en España, Mesonero, Fernández & González (2006) realizan un estudio donde mencionan que la familia es el principal grupo de pertenencia para las personas adultas mayores, además que son el soporte fundamental, donde se desarrolla la personalidad de cada quien. Así mismo, señalan que la familia sin lugar a duda, es uno de los determinantes que influyen directamente en la calidad de vida de las personas mayores. Destacan que en el núcleo familiar permite la satisfacción de las necesidades emocionales de las personas adultas mayores y donde, obtendrán la ayuda que necesitan. A Partir de este estudio, se evidencia a la familia como esa red de soporte y primer grupo social para las personas mayores donde va a determinar en gran medida la calidad de vida de sus miembros. Aporta una visión más específica del rol fundamental que juega la familia en cuanto a las relaciones entre sus generaciones en la persona adulta mayor.

Vera (2007), realizó un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo y comprensivo en Perú, el cual estuvo fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales; dentro de su investigación los resultados más importantes demuestran que para la persona adulta mayor, el tema de calidad de vida representa para ellos paz y en muchas ocasiones tranquilidad, además,

les es de suma relevancia ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto. En relación a la familia, es importante que la persona adulta mayor logre satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda; en cuanto a lo mencionado anteriormente por esta autora, y relacionado al trabajo investigativo realizado en este proyecto, es de suma importancia tomar en cuenta, que lo que significa el tema de calidad de vida para los adultos mayores, y cómo esto se relaciona con la interacción que tiene la persona adulta mayor con sus familiares.

Aguilar, Alemán, Martínez, Vega, Quevedo, y Gutiérrez (2009) realizan un estudio en México, de tipo descriptivo, transversal, en donde utilizan 96 binomios (adulto mayor-familiar de convivencia) denotan que el incremento de la población adulta mayor es una responsabilidad sanitaria y familiar, pues se prevé que, con el aumento de los años, la calidad de vida y la salud sean aliadas. Señalan que las familias deben conocer la importancia que tiene para las personas adultas mayores y los beneficios que traen para ellos las buenas relaciones familiares, aspecto de relevancia alta para el presente trabajo de investigación, ya que, se buscó conocer la percepción de las personas adultas mayores de este recurso, así como también el valor y la añoranza del mismo por estas personas.

Ramos y Salinas (2010), realizan un artículo en México, el cual se centra principalmente en estudiar la vejez y el apoyo social, en el mismo señalan que este último se ve reflejado ante situaciones difíciles que se muestran en las personas adultas mayores. Mencionan que en la vejez existen diversas expectativas, las cuales son difíciles de alcanzar, si no se cuenta con redes de apoyo social y los diferentes recursos para una vida con bienestar. El desarrollo social de las personas en esta etapa, se va a encontrar estrechamente relacionado con las posibilidades u oportunidades que una persona tenga, para poder llevar a cabo una vida con las condiciones

ideales para sobrevivir de una manera digna. Además, denotan que las posibilidades de que exista un apoyo social en la vejez que cada día se minimiza aún más, esto se ve afectado por los estereotipos y estigmas y más allá, por el alto riesgo que existe de experimentar soledad, abandono, pobreza, etc; este artículo es de importancia para este trabajo final de graduación, pues indica las bases de la importancia del apoyo social en la persona adulta mayor, además indica los resultados que se podrían obtener si este no se encuentra presente.

Placeres, León y Delgado (2011) realizaron en Cuba, una revisión bibliográfica en bajo la cual sustentan su estudio, establecieron que la familia es el grupo social con mayor importancia para la atención y los cuidados de las personas adultas mayores. De igual forma, resaltan que la familia brinda los materiales necesarios para el desarrollo y el bienestar de cada uno de sus miembros; argumento que es de importancia para la presente investigación, debido a que resalta el papel protagónico que posee la familia en el desarrollo adecuado de la persona adulta mayor.

Al igual que Pelcastre, Treviño, González y Márquez (2011) en su artículo donde, estudian el apoyo social y las condiciones de vida de las personas adultas mayores que viven en pobreza urbana en México; en esta investigación se destaca la relevancia del apoyo social y cómo esta se relaciona con experiencias de vida positivas y mejoras en condiciones de salud en la población en general, especialmente en las personas adultas mayores.

Los autores antes mencionados establecen que la familia, a pesar de las diversas transformaciones que sufre a lo largo del desarrollo de vida de las personas, se considera siempre un eje importante en la base de los apoyos sociales, ya que, es el grupo de socialización inicial de todo individuo. Señalan la necesidad de investigar, qué medios utilizan las personas

adultas mayores para resolver las situaciones o problemas que se les presentan; tomando en cuenta la composición de su sistema familiar (Pelcastre et al. 2011).

Entre los resultados de esta investigación, se resalta el papel del apoyo familiar que recibe la persona adulta mayor y los diversos aportes que la misma hace en el núcleo familiar, es decir, se habla de reciprocidades en los medios de convivencia. Las principales preocupaciones que presentan los adultos mayores son el no poder seguir trabajando y lograr brindar ayuda económica; y en las adultas mayores son el continuar desempeñando labores domésticas y en algunas circunstancias hasta el cuidado de sus nietos (Pelcastre, et al. 2011); para el proceso investigativo de este trabajo final de graduación, estudios como estos ayudan a enriquecer el análisis de los beneficios que poseen las personas adultas mayores de las adecuadas relaciones familiares, así como también de lo importante que es para ello el continuar con su independencia y siendo participes activamente de su círculo social.

Limón y Ortega, (2011) realizan un artículo en Madrid, en donde analizan el rol que se cumple en la sociedad, dependiendo del género, juega un papel importante. En el caso de las mujeres estas han cumplido con un rol de madres y de cuidadoras de familiares, y como consecuencia, llegan a una edad avanzada sin recursos económicos, sin una preparación educativa que se asocia a las desigualdades que imponía la época en la que vivieron y por el rol que han desempeñado, esto se refleja en reducidas redes sociales. Aparte de esto, los hijos, con los cuáles se podría contar con, no siempre viven cerca y le pueden brindar el apoyo necesario. También, se observó a personas adultas mayores que envejecen sin contar con el acceso a servicios adecuados.

Takase, Mendes, Manoela, Modesto y Zunino (2011) realizaron un estudio descriptivo, en el cual buscaban conocer la dinámica familiar de un grupo de personas adultas mayores con

edad de 80 años o más, los cuales se encontraban bajo los cuidados de algún familiar, en la región de la ciudad de Porto, en Portugal. La muestra en esta investigación estuvo constituida por 107 sujetos. Los datos fueron recolectados entre 2009 y 2010, los instrumentos utilizados para la recolección de los mismos fueron el APGAR familiar, el de calidad de vida y estilo de vida. Entre los resultados más importantes, se demuestra que la mayoría de los ancianos considera a su familia como una unidad de cuidados y de relaciones positivas si hay buena dinámica o funcionalidad familiar. Se observó también, el incremento de los cuidadores del sexo masculino, por parte del adulto mayor cónyuge y de otros parientes como sobrinas(os), nieta(os) y hermanos. Las familias evaluadas dieron positivo de tener una adecuada vocación para el cuidado de la persona adulta mayor por tener una dinámica familiar favorable.

Arroyo y Ribeiro (2011) realizan un estudio de casos en un poblado en México, bajo la metodología cualitativa, en donde se implementa la entrevista a profundidad y la observación participante. Implementaron un cuestionario que valora los datos sociodemográficos, la composición familiar y el apoyo institucional con el que se cuenta. Trabajaron con una muestra de 20 adultos mayores, los cuales se encontraban en la edad de 70 años, estos presentaban limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Entre los resultados más importantes arrojados por la investigación, lograron identificar que la enfermedad si impacta de distintas maneras en las capacidades y funcionalidad de los adultos mayores, por lo que destacan que las familias se convierten en el principal soporte para que los participantes realicen las actividades básicas diarias.

De igual forma Arroyo y Ribeiro (2011) destacan que el papel desempeñado por la familia es primordial para el apoyo a las personas adultas mayores. A pesar de ello, las

transformaciones y cambios sociales, económicos y políticos, han puesto en riesgo la capacidad de ésta para otorgar apoyo suficiente a las personas adultas mayores.

Además, Serrano (2013) en su artículo, menciona la importancia de las redes familiares positivas y cómo influyen en el bienestar general y la salud de las personas adultas mayores y son parte del envejecimiento activo por la alta participación social. Además de ello, menciona que el hecho de lograr tener relaciones familiares y sociales satisfactorias en un grado considerable se considera como un objetivo necesario para obtener un envejecimiento satisfactorio. Claro ejemplo de ello son las sociedades como la española, en donde se ha constatado que la familia es, generalmente la estructura social que soporta al individuo en muchas de las dimensiones de su vida, siendo esto esencial en los grupos de personas adultas mayores.

Sobre el apoyo social en adultos mayores en España, no se encontró diferencia de acuerdo al género, ambos mantenían puntuaciones similares en cuanto al apoyo social funcional percibido. En la muestra evaluada, se observa un alto apoyo confidencial, pero poco apoyo afectivo, además, el principal apoyo social se percibía de los familiares (87,2%) (Castellano, 2014).

Así también, Zapata, Delgado y Cardona (2015) realizaron un estudio descriptivo transversal, para determinar el apoyo social recibido por las 239 personas adultas mayores provenientes del área urbana del Municipio de Angelópolis en México. Entre los resultados más importantes del estudio se encuentran que el apoyo recibido por la familia y los amigos se encontraba dentro del rango satisfactorio, además un dato importante es que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables.

Refieren que los aspectos anteriores, aunado a la falta de actividad, deben de ser tomados en cuenta para plantear estrategias de intervención efectivas de redes de apoyo.

En México, Casales (2015) realiza un estudio para evaluar el costo-utilidad en las personas adultas mayores que tienen redes sociales frente a los que no cuentan con redes sociales en términos de su salud. Se utilizó una herramienta denominada modelo de Markov. Los resultados fueron que los costos se disminuyen en \$91,278.50 por cada año de vida ajustado por calidad de vida en las personas adultas mayores que cuentan con redes sociales. Además presentan 2.16 años de vida ajustados por calidad de vida que en el grupo de personas mayores sin redes sociales. En este estudio se puede evidenciar la importancia de las redes sociales en términos de beneficios económicos para la sociedad.

Otro estudio de Alfonso, Soto y Santos (2016) de tipo descriptivo y transversal en personas adultas mayores de edad temprana (60-69 años) en Cuba, buscó caracterizar la calidad de vida y el apoyo social percibido. Utilizaron instrumentos como la Escala M.G.H de Calidad de Vida, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y también una entrevista semi-estructurada. Dentro de los principales resultados se destacan: la mayoría de personas adultas mayores se encontraban casados, hay un predominio femenino y en gran porcentaje con estudios universitarios concluidos. Con respecto al apoyo social, se concluye que influye directamente en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Los que obtuvieron niveles más altos de apoyo social presentan mayores niveles de calidad de vida. Otro resultado importante es el de apoyo relacionado con la familia, la cual constituye el recurso más importante para mejorar el bienestar de la persona adulta mayor.

1.3.2 Antecedentes Nacionales

Rosero (2004), junto con el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica en su estudio denominado CRELES “Costa Rica: Estudio Longitudinal de Envejecimiento Saludable” (2004) investigan una muestra nacional de alrededor de 9,000 personas adultas mayores, teniendo como objetivo determinar la esperanza y calidad de vida de los adultos mayores costarricenses y sus factores causales, con la finalidad de darle al país una línea de base sobre las condiciones de salud y de vida de las personas adultas mayores para orientar las políticas de salud y de atención a las necesidades de esta población, además, de proveer un conocimiento científico sobre los determinantes de la salud del individuo en edades avanzadas.

Villalobos (2006) en su tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Epidemiología, sobre características sociodemográficas de la población adulta mayor e influencia de la participación en procesos de socialización grupal en su independencia social, encontró que las personas adultas mayores que carecen de apoyo familiar y socio-afectiva acuden a los procesos de socialización grupal, ya que esto les permite sentirse ocupados, útiles y sobre todo queridos y aceptados. Además, se concluyó que las personas adultas mayores ocupan un lugar importante y significativo dentro de la familia, en la cual, las necesidades de protección y afecto que experimenta la persona adulta mayor deben ser resueltas por la propia familia. No obstante, se encontró que las personas adultas mayores femeninas y más longevas tenían menos posibilidades de conyugalidad, de convivencia familiar, realización de actividades diarias y de desempeño laboralmente.

Asimismo, Puga, Rosero, Glaser y Castro (2007) analizan en su estudio la relación entre la red social más próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del

hogar y las condiciones de salud en la vejez; se determina que los tres países analizados mostraron sistemas familiares diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso de Costa Rica), ya que los costarricenses conviven mayormente con alguno de los familiares, generalmente con hijos o hijas.

De forma general se concluye, que la convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad. La convivencia con la pareja muestra efectos positivos para la salud, y la convivencia con los hijos se realiza para brindar los cuidados necesarios y se asocia con peores estados de salud. En la mayoría de casos se muestra como la integración social y las relaciones sociales pueden favorecer en la salud de las personas (Puga et al. 2007).

De acuerdo con los antecedentes encontrados, se evidencia que el apoyo social es indispensable para el desarrollo de la adultez mayor, aportando positivamente a la calidad de vida de cada persona y satisfaciendo las necesidades que pueda tener. Además de esto, se entiende que el apoyo más valorado es el de la familia, siendo éste la principal fuente de soporte; cabe destacar que a nivel internacional se logró encontrar antecedentes del tema en estudio específicamente; sin embargo, la mayor cantidad hace referencia de ello como apoyo social.

En su contraparte, a nivel nacional se concluye que existe un faltante de estudios con respecto al apoyo familiar, dado que no existe un estudio que valore este aspecto percibido por la persona adulta mayor.

1.4 TEMA

Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en tres centros diurnos del Valle Central de Costa Rica durante el 2018-2019.

1.5 PROBLEMA

¿Cómo es el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en tres centros diurnos del Valle Central de Costa Rica durante el 2018-2019?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Analizar el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Valle Central, en los años 2018-2019.

1.6.2 Objetivos específicos

1. Identificar el significado de apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Valle Central.
2. Identificar las experiencias asociadas con el apoyo familiar percibido por parte de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Valle Central.
3. Reflexionar sobre el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Valle Central.

CAPÍTULO II

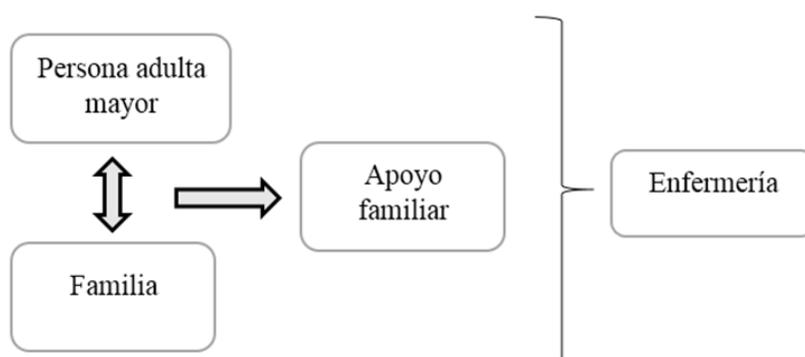
MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

2. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

Para el presente seminario se proponen distintas temáticas importantes de abordar para entender el fenómeno en estudio; primeramente, persona adulta mayor tomando en cuenta desde el proceso de envejecimiento, teorías sociales de envejecimiento, teoría del desarrollo, además del concepto de autonomía y su relevancia en la persona adulta mayor.

Seguidamente, se aborda la temática de familia en la cual se define tal concepto, se describen funciones y tipos de familia; aunado a esto, se exponen distintas teorías como la teoría de sistemas, teoría estructural y teoría estructural funcional; además de ello, el rol que desempeña la familia durante la etapa de vejez y la vinculación de estos dando como resultado el apoyo familiar, siendo esta una temática más.

Finalmente, se aborda enfermería que corresponde a la disciplina que engloba todas estas temáticas anteriores, todo ello, ilustrado en el siguiente esquema donde se muestra como la Enfermería tiene que tener en cuenta y entender los primeros tres temas para comprender dicha situación con esta población.



Esquema 1: Principales ejes temáticos.

Fuente: Elaboración propia, 2019

2.1 Enfermería

Es importante tener claro la definición de Enfermería desde la teorizante que corresponde a la base en la discusión de los resultados del presente seminario. King (1981), define enfermería como, “un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería” (p. 14). Además, menciona que este proceso incluye la comunicación, la percepción, y las interacciones humanas para identificar las metas, intereses y los objetivos comunes y lograr los propósitos.

De acuerdo con esta teorizante, Enfermería tiene participación principal en la provisión de cuidados durante todas las etapas de la vida del ser humano, incluyendo la etapa de la vejez. Además, debe tomar en cuenta las condiciones particulares de cada uno durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo donde cada persona presenta cambios. Estos cambios se pueden explicar mediante el proceso de envejecimiento que experimentan todos los seres vivos.

2.1.1 Teoría de la Consecución de objetivos, de Imogene King

El presente trabajo tiene su sustento teórico en la teorizante de Enfermería Imogene King, con su teoría de marco de sistemas de interacción y de consecución de objetivos.

En su teoría, establece el concepto de salud como “experiencias dinámicas en la vida del ser humano que implican un continuo ajuste gracias al estrés que generan el entorno interno y externo a través de aprovechamiento óptimo de los recursos de uno para lograr el potencial máximo en la vida diaria” (King, 1981; p. 17). Estos conceptos dan una línea de acción y de entendimiento para la enfermería y las intervenciones que realiza con los usuarios. Permiten entender la importancia del estudio de los seres humanos en interacción con su entorno.

En sus estudios esta teorizante, utiliza un enfoque en donde los sistemas forman parte de un todo, por lo cual, no son aspectos aislados unos de otros. King (1981), desarrolla tres grupos de sistemas esenciales en las situaciones de enfermería: sistemas personal, interpersonal y social. Donde el centro de estos sistemas es la conducta humana, es decir, el ser humano es el elemento básico del sistema en el que él mismo está inmerso en diferentes entornos sociales. El siguiente diagrama explica de manera gráfica estos sistemas:

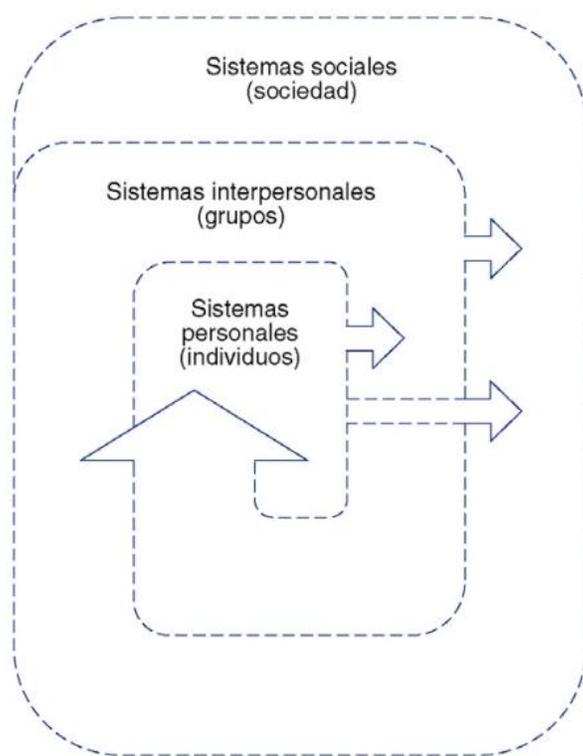


Imagen 1: Sistemas de la teoría de la consecución de objetivos de Imogene King

Fuente: King (1984)

En estos sistemas descritos por King, se determina al ser humano como el elemento básico del sistema, por lo cual se determina como la unidad de análisis. King (1981), menciona que las personas van a existir dentro de los sistemas personales, corresponde a los individuos y

sus particularidades, los cuales están inmersos dentro de sistemas interpersonales (grupos), a la vez estos grupos forman entre toda la sociedad en un conjunto como sistemas sociales.

Para cada uno de estos sistemas, King (1981) utiliza diferentes conceptos para explicarlos. Por ejemplo, los sistemas interpersonales se consiguen al crear diadas, es decir, entre dos personas o tríadas (tres personas). Asimismo, las familias pueden actuar como pequeños grupos y pueden considerarse sistemas interpersonales y sociales.

King (1981), ve a la familia como el primer grupo social en que ingresan los individuos; lo considera como un sistema social porque presenta características como estructura, status, rol e interacción social. En este sistema, son transmitidos los diferentes valores, creencias y costumbres a los niños en un proceso inicial de socialización.

Todas esas vivencias adquiridas desde la niñez durante el proceso de crecimiento y desarrollo determinan las experiencias y el aprendizaje que va a influir en su conducta y en la estructura para la interacción social, las relaciones sociales y modos de acción. Para esta teorizante, la enfermería debe conocer cómo el individuo se desenvuelve dentro de estos sistemas sociales, incluyendo la familia. De manera clara lo expone la teorizante “el conocimiento de la influencia de los sistemas sociales en la conducta de los individuos y de los grupos es importante para las enfermeras” (King, 1981; p. 123).

La teoría de la consecución de objetivos se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre las personas, estas interacciones adquieren importancia en la medida que se logren transacciones para el logro de objetivos (King, 1981). Por ejemplo, en el caso de una entrevista de una enfermera con una persona adulta mayor, ambos tienen objetivos en común, sin embargo, es necesario que se realicen interacciones efectivas entre ambos para que se logren las transacciones y así cumplir con las metas del inicio que es el

compartir experiencias e informaciones acerca de un tema específico. Menciona que para entender los sistemas interpersonales es necesario comprender los conceptos de comunicación, interacción, misión, estrés y transacción.

Entre los anteriores destacaremos la comunicación como un punto de partida en el proceso de interacción humana, el cual será fundamental para el análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores. En este sentido Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) describen la comunicación como un proceso complejo; al igual que King (1984) hace referencia al término de comunicación como el intercambio de mensajes entre personas, pero en un nivel más elevado en la comunicación humana.

Para Watzlawick, y otros (1991) la comunicación es un conjunto fluido y multifacético que involucra la conducta verbal, tonal, postural, contextual, entre otros factores que influyen en el proceso. Aclara que es un proceso circular y comenta que las vivencias de las personas influyen en todo el ciclo de la comunicación.

Categoriza los factores influyentes en dos, el lenguaje análogo que es la comunicación no verbal, sin embargo, no lo limita a los movimientos corporales, sino que, incluye la postura, la expresión facial, la inflexión de la voz, secuencia, ritmo y cadencia de las palabras que se emite en el contexto interactivo. Y el lenguaje digital el cual se caracteriza por ser verbal, todo aquello que es propiamente dicho, tomando en cuenta la sintaxis lógica, lo cual la hace compleja (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Asimismo, menciona que una persona no puede dejar comunicar, aun estando en inactividad o actividad, en silencio o con palabras, siempre hay un mensaje que influye en los demás y a su vez ellos no pueden dejar de responder a tales comunicaciones (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Como parte de las actividades de este seminario, se realizan entrevistas para conocer la percepción de las personas adultas mayores sobre el apoyo familiar. King (1981), destaca la importancia del concepto de percepción, ya que dentro de la definición de enfermería lo menciona reiteradamente el proceso de la percepción del usuario o paciente. Además, lo incluye como un concepto importante en el sistema personal. La define como un “proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria” (King, 1981; p. 35). Además, es “la representación de la realidad en cada ser humano, una conciencia de personas, objetos y acontecimientos” (King, 1981; p. 32).

Explica que a pesar de que todos los seres humanos viven en el mismo mundo y tienen experiencias comunes, difieren en lo que seleccionan para que quede en su percepción. Las características más relevantes de la percepción según King son: es universal, subjetiva, personal y selectiva para cada persona, una acción orientada en el presente e implica las interacciones.

En el caso del sistema social, consisten en los grupos que constituyen la sociedad; la familia tiene una participación importante, en cuanto a la conducta influyente que puede impactar en el crecimiento y el desarrollo de una persona en la sociedad. Los conceptos importantes en este sistema incluyen autoridad, toma de decisiones, organización, poder y estatus.

Para King (1981) además, el entorno es un aspecto muy importante a valorar en las transacciones que realizan las enfermeras con los usuarios. King (1981) considera que “para las enfermeras, es esencial la comprensión de la manera en la que los seres humanos interactúan con el entorno para mantener su salud” (p. 2).

Para la teorizante, la familia constituye un rol importante en la vida de todas las personas a través de interacciones y transacciones efectivas, por ende, habrá cumplimiento de objetivos

y satisfacción. King (1981) identificó cuatro conceptos comprensibles que se centran en los seres humanos:

1. Salud.
2. Relaciones interpersonales.
3. Percepciones.
4. Sistemas sociales

Como se puede observar, destaca la importancia de las relaciones interpersonales, percepciones y los sistemas sociales dentro de la labor esencial de la enfermería. Aspecto que también es clave en el tema del apoyo social y familiar ya que lleva implícito las relaciones interpersonales y las interacciones dentro de los sistemas sociales.

2.2. Persona adulta mayor

En Costa Rica, según la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley N°7935) se establece que toda persona de 65 años en adelante es considerada persona adulta mayor; para efectos de esta investigación, se partirá de la definición anterior proporcionada por dicha ley, recalcando que esta población es la que generalmente asiste a los centros diurnos.

Como se citó anteriormente, en la población adulta mayor, el apoyo, ya sea formal, como el caso de los centros diurnos o el apoyo informal, se vuelve un aspecto fundamental para la vida de la persona adulta mayor, siendo un recurso positivo de fortaleza y de beneficio para la salud.

2.2.1 Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso inevitable y progresivo que ocurre en todas las personas, inicia desde la concepción y continúa durante el resto de la vida. Durante ese proceso de la vida, la persona atraviesa diversas etapas, la última etapa es la de adultez mayor, o ancianidad como lo denomina Tabloski, (2010), y comprende las personas mayores de 65 años.

Esta última etapa es muy especial debido a que acarrea muchas implicaciones que la persona experimentó durante las etapas anteriores de su vida y que van a determinar en gran medida su calidad de vida. Es decir, para lograr una etapa de satisfacción y de éxito en la adultez mayor, es necesario que la persona planifique y trabaje desde etapas tempranas (Tabloski, 2010).

En la adultez mayor el nivel de las reservas de los órganos decae a medida que aumenta la edad, cada persona envejece de forma diferente. Por otro lado, la senescencia es el término que se usa para referirse al deterioro progresivo de los sistemas corporales que aumentan el riesgo de mortalidad a medida que un individuo envejece (Tabloski, 2010).

Según Tabloski (2010) el envejecimiento normal incluye cambios funcionales en los diferentes sistemas corporales; aunque no se limita a ello, además de estos cambios, generalmente, la personalidad se mantiene estable a pesar de que se presenten cambios en su familia, estilo de vida o entorno, sin embargo, la persona adulta mayor que vive con alguna enfermedad crónica y las implicaciones de éstas, se encuentran más propensas a sufrir depresión u otra alteración mental.

Según el Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia es importante llegar a la vejez de la manera más óptima, sin enfermedades, con salud física y mental, con un grado de

autonomía elevado, así como de independencia para la realización de actividades de la vida cotidiana (2013).

Asimismo, convertirse en persona adulta mayor suscita cambios en la dinámica familiar, esta se ve alterada, ya que al haber personas adultas mayores en la familia provoca la aparición de nuevos roles para ellos. Para las personas adultas mayores, sentirse necesario es uno de los indicadores de longevidad más relevantes, el mismo Instituto mencionado, indica que las personas adultas mayores que son parte de familias que los hacen sentirse útiles o necesitados viven más y con mayor calidad (2013). En el caso de personas adultas mayores que no sufren de alguna grave enfermedad, asumen papeles como cuidadores de sus familiares, como en el caso de los nietos, hasta de la familia en general, además de tener el rol de encargarse de pequeñas tareas, como recoger a los niños, reparar cosas, arreglos, etc... , lo que se traduce en una inversión considerable de tiempo (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013).

En resumen, a pesar de todos los cambios que puedan generarse físicos, personales o en la familia propiamente, lo que se busca principalmente es calidad de vida. La familia por ejemplo, es un factor de calidad de vida en tanto que puede fortalecerla. En opinión de las personas adultas mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia, 2013, p. 16).

2.2.2 Teorías sociales del envejecimiento

Para explicar los procesos de envejecimiento, muchos autores han propuesto diversas teorías desde diferentes ámbitos, desde el ámbito biológico, psicológico y social. Para cada uno

de estos aspectos, existen muchas teorías al respecto, sin embargo, al ser una investigación de carácter social, a continuación, se explican detalladamente las teorías que más se acercan y explican el proceso de envejecimiento, desde las teorías sociales. Además, se menciona la teoría del desarrollo de Erikson, la cual es importante tomar en cuenta las tareas del desarrollo durante la etapa de adultez mayor.

Las teorías sociales se basan en las relaciones interpersonales que hay en la adultez mayor, cada una de éstas debe ser percibida según el contexto correspondiente (Tabloski, 2010). Las teorías pertinentes para el presente seminario son la teoría de la liberación y la teoría de la continuidad.

2.2.2.1 Teoría de la liberación

Surgió en 1961, explica que la persona adulta mayor se desliga de la sociedad y de todo, de esta forma, en su eventual muerte, nadie se verá afectado. La jubilación es un proceso que puede acelerar este proceso, sin embargo, existen culturas donde dicha teoría nunca se presenta ya que las personas adultas pasan vinculados a la sociedad y a sus funciones toda la vida (Tabloski, 2010).

2.2.2.2 Teoría de la continuidad

Esta teoría, tal y como su nombre lo menciona, implica la decisión de la persona adulta mayor si desea continuar con su estructura básica ya formada desde hace muchos años, llámese valores, hábitos, preferencias, lazos familiares, o realizar algunos cambios, siempre buscando la satisfacción personal y el disfrute. Un punto central de la teoría es el ritmo con el que se hagan los cambios si es que son necesarios, generalmente el ritmo se ralentiza (Tabloski, 2010).

Por otro lado, Kail y Cavanaugh (2011) explican que la teoría de la continuidad se basa en que las personas adultas mayores afrontan los desafíos de la vida a través de dos variables

esenciales: las estrategias familiares y la experiencia, es decir, los métodos de afrontamiento regidos por las situaciones que se han solventado durante toda la vida, colocando a la persona en un momento crucial; mantener y preservar las estructuras internas como externas. Atchley (como se citó en Kail y Cavanaugh (2011, p. 554)) agrega que “la continuidad representa una evolución, no un rompimiento completo con el pasado”. El mismo autor citado por (Kail y Cavanaugh, 2011), expone los grados de continuidad: muy poco, demasiado y óptimo, siendo necesario profundizar el último de los grados.

Existen dos tipos de continuidad, la interna, que se relaciona con la identidad personal, el yo actual de la persona siempre estará fundamentado en un constructo pasado mientras que la continuidad externa como lo dice la palabra está vinculada con recuerdos del entorno físico, social, relaciones interpersonales, diferentes actividades, entre otros, (Kail y Cavanaugh, 2011).

2.2.3 Teoría de desarrollo de Erikson

Erikson establece 8 etapas en la vida de todo ser humano en las que se deben cumplir una serie de tareas del desarrollo. En el caso de la última etapa, donde se encuentra la persona adulta mayor, la tarea se basa en la integridad del ego frente a la desesperanza. Según este autor, la persona adulta mayor inicia en un proceso de mayor preocupación por la aceptación de su muerte y dependiendo de cómo resolvió las tareas del desarrollo de las etapas anteriores, esta etapa final puede ser de mucho conflicto y de desesperanza o de satisfacción e integridad si ha resuelto con eficacia las tareas anteriores Erikson, 1950 (citado en Tabloski, 2010).

La persona experimenta y una mirada al pasado y una reflexión sobre lo que han hecho o no han hecho en su vida. En el caso que se sienta con insatisfacción, es difícil que logren la integridad del ego.

Para las personas adultas mayores, la etapa de la vejez es un momento crucial. Estas teorías permiten explicar los diferentes escenarios que se pueden encontrar con las personas adultas mayores entrevistadas y relacionar con sus vivencias de apoyo familiar y el significado que poseen.

2.2.4 Autonomía e independencia en la persona adulta mayor

Durante esta etapa de vida y todo el proceso de envejecimiento, queda claro todos los cambios que ocurren, es por ello, que socialmente se ha adjudicado la característica de vulnerabilidad a la persona adulta mayor, según Morera (2016), se le atribuye a sus características particulares.

El mantenimiento de la funcionalidad y la autonomía de las personas durante el mayor tiempo posible son fundamentales para un envejecimiento sano, para la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad y para el aprovechamiento de todo su potencial. Vivir con independencia y autonomía es un derecho que debe ser protegido mientras sea posible, mediante modelos de intervención que prevengan, recuperen y provean alivio (Herrera & Kornfeld, 2008).

Es importante dejar claro la diferencia entre autonomía e independencia. En el primer caso, la autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida. Por otro lado, la independencia, como la capacidad de desenvolvimiento en la vida cotidiana, lo contrario es la dependencia. La autonomía implica que la persona tiene el derecho de tener sus propias decisiones y llevarlas a cabo. Ambas son las dos dimensiones de la capacidad personal de cada individuo (Martínez, 2011).

Unas de las estrategias que propone fuertemente la promoción de la autonomía y la independencia en la persona adulta mayor es la Atención gerontológica centrada en la persona,

que según Martínez (2011), "reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan" (p. 22). La autonomía forma parte de los principios indispensables en la atención gerontológica, junto con otros como personalización, integralidad, independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social, continuidad, etc.

De esta forma se fortalece su autonomía y se brinda al individuos herramientas efectivas para que las personas puedan tener control sobre su salud y bienestar, de manera que no solo la persona adulta mayor se beneficie, sino su familia y la sociedad entera.

2.3 Familia

A lo largo de los años, al igual que la sociedad, la familia y su conceptualización han evolucionado; Soto (2001) menciona que para asignar un significado a este término se deben tomar en cuenta diferentes aspectos, entre estos, la consanguinidad, había sido de gran contundencia para reafirmar el lazo familiar, sin embargo, como bien lo explica Soto (2001), este concepto de familia ha perdido relevancia conforme las relaciones sociales "modernas" han tomado cuerpo.

Berman, Snyder, Kozier y Erb (2013) explican que la familia "está constituida por individuos, de género masculino o femenino, jóvenes o adultos, unidos o no por un vínculo legal, relacionados o no genéticamente, que los demás consideren allegados" (p. 429).

De igual manera, Vega (citado por Soto, 2001), destaca la importancia de comprender el concepto de diversidad familiar, para entender el término de familia; recalca que la diversidad familiar alude a que no hay un solo tipo de familia, sino que, por el contrario, coexisten múltiples tipos, dependiendo de la variedad de factores macrosociales que inciden en su desarrollo; es

decir, al ser parte de una comunidad sociocultural más amplia, la familia se constituye a partir de las condiciones socioeconómicas y culturales del sistema social del que forma parte, además de los patrones interaccionales propios de cada grupo familiar.

Aunado a esto, Torrado (citado por Soto, 2001) propone la siguiente definición para comprender el término de familia:

Constituida por un grupo de personas que interactúan en forma cotidiana, regular o permanente, a fin de asegurar mancomunadamente el logro de uno o varios de los siguientes objetivos: su reproducción biológica; la preservación de la vida; el cumplimiento de todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la optimización de sus condiciones materiales y no materiales de existencia. (p. 153)

Para efectos de esta investigación, se utilizó la siguiente definición de familia aportado por Minuchin (citado por Soto, 2001):

La familia es un grupo de personas que interactúan entre sí a partir de posiciones interrelacionadas y roles definidos por la sociedad de la que forma parte. (p. 148)

2.3.1 Funciones de la familia

Berman et al. (2013), mencionan las siguientes funciones que debe de cumplir la familia:

1. Brindar recursos económicos.
2. Proteger la salud física de sus miembros (alimentación, salud).
3. Mantener estilos de vida saludables.
4. Proporcionar un ambiente óptimo para el desarrollo psicosocial y cognitivo de los miembros de la familia.

5. Brindar apoyo, comprensión, estímulo a través de cada etapa que cada miembro de la familia atraviese.
6. Potenciar las habilidades que cada integrante de la familia posea.

2.3.2 Tipos de familias

Según Minuchin y Fishman (1984) la familia se encuentra en constante cambio siendo así una entidad dinámica y por ende no estática, esto debido al medio social en el cual se desenvuelve, es decir, cuando este contexto cambia, la familia también lo hace.

Estos mismos autores, en su libro *Terapia de Familia* (1984) describen las configuraciones más comunes según la composición de la misma:

1. Familias de pas de deux: son aquellas familias conformadas por dos integrantes, por ejemplo, madre e hijo o bien una pareja de adultos mayores.
2. Familia de tres generaciones: son aquellas familias donde existen 3 ó más generaciones que viven en óptima relación.
- 3 Familias con soporte: conocida como familia grande, donde los padres tienen muchos hijos.
4. Familias con un fantasma: se trata de aquellas familias en las cuales ha habido muerte o deserción de uno de los integrantes, dentro de este tipo de familia, se pueden presentar problemas como duelos incompletos o no resueltos.
5. Familias psicósomáticas: se presenta cuando en la estructura familiar se incluye una excesiva insistencia en los cuidados internos, como la sobreprotección.

Además de estas estructuras familiares citadas por Minuchin y Fishman, Eliopoulos (2014) agrega otras estructuras familiares, las cuales suelen presentarse con mayor frecuencia en las personas adultas mayores:

1. Estructura familiar compuesta sólo por hermanos.
2. Grupo de individuos no emparentados.
3. Estructura familiar compuesta por parejas (casadas, no casadas).
4. Progenitor con hijos.
5. Familias compuestas por más de dos generaciones.

Además de todos los tipos anteriores, Berman et al.(2013) en su libro presenta:

1. Familia intergeneracional, más de dos generaciones pueden vivir juntas, como hijos que ya tienen sus respectivas familias y alguno de los dos padres vive con ellos, o abuelos que viven con sus nietos.
2. Familia comunal, personas que no tienen un vínculo sanguíneo o varias familias que residen bajo el mismo techo.

2.3.3 Familia como sistema

2.3.3.1 Teoría de los sistemas

Un sistema depende de los siguientes factores: calidad, cantidad de aportes, transformación, productos, retroalimentación. En un sistema existe un proceso donde inicia con los aportes, es decir, información, material o energía que se introduce, luego se da un procesamiento de lo anterior dando como resultado energía, materia o la información, llamándole producto (Pinazo y Sánchez, 2005).

Para Pinazo y Sánchez (2005) otro concepto fundamental es la retroalimentación, que “es el mecanismo por el que parte del producto de un sistema regresa a este como aporte. La

retroalimentación permite a un sistema regularse, al redirigir el producto de un sistema hacia este como aporte, formando así un circuito de retroalimentación” (p.243). Este aporte influye en el comportamiento del sistema y en su producto futuro. La retroalimentación negativa inhibe el cambio; la retroalimentación positiva estimula el cambio (2005).

Según esta teoría, la familia puede considerarse como un sistema, cada miembro tiene objetivos y propósitos específicos, además es abierta ya que permanece en constante interacción social lo que permite ser influenciada por otros sistemas, sin embargo, existe una línea que marca lo que puede entrar o salir de cada sistema familiar, llámense límites (Pinazo, Sánchez, 2005).

2.3.3.2 Teoría estructural de Minuchin

Del mismo modo, Minuchin (1974) hace mención sobre la teoría estructural de familia, establece que el ser humano no se puede evaluar desde el individuo únicamente, sino que es necesario valorar su contexto social y estructura familiar. Menciona que la persona no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Las experiencias del ser humano son influidas por la interacción con su medio social; al modificar la organización de esos grupos sociales (por ejemplo, la familia como grupo social natural) se modifican las experiencias de cada individuo.

De acuerdo con Minuchin (1974), la estructura familiar “es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas definirán el sistema” (p. 86). Estas transacciones regulan la conducta de los individuos y son determinadas por dos sistemas de coacción: Genérico o de las reglas universales de la

organización familiar, aquí entran en juego los niveles de poder de los individuos y las funciones que comparten. El idiosincrásico que incluye las expectativas de los miembros de la familia. En el momento que haya un desequilibrio de estos sistemas, puede aparecer ciertos conflictos.

Minuchin (1974) coincide con la determinación de que la familia es un sistema, con estructura, roles y funciones específicas. La estructura familiar debe responder y adaptarse a los cambios de su medio interno y externo por lo que debe ser flexible en caso necesario, Minuchin (1974) destaca que la familia cambia a medida que cambia la sociedad.

En esta teoría se establece que los miembros de la familia funcionan como subsistemas formados por parejas, por ejemplo, madre-hijo. En estos subsistemas, cada individuo ejerce distintos roles y autoridad de acuerdo con quien interactúe. Es decir, cada individuo funciona en distintos subsistemas, donde tiene diferentes niveles de poder y habilidades (Minuchin, 1974). La persona adulta mayor puede ejercer desde el subsistema de padre, abuelo, tío, esposo etc.

Es importante que se dejen claro los límites para que estos subsistemas funcionen correctamente, así como que cada individuo pueda ejercer sus funciones de acuerdo con su posición en el sistema, y que por ende, exista un buen funcionamiento familiar. Este autor menciona dos extremos del manejo de estos límites y la interacción entre los miembros: por un lado, límites rígidos o desligada, que consiste en que los individuos pueden funcionar en forma autónoma, con un sentido aumentado de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan. En este caso, para que se dé apoyo de la familia, debe existir un muy alto nivel de estrés, y la familia generalmente no responde cuando es necesario, hay una falta de interés por el otro, afectando el apoyo que se pueda brindar (Minuchin, 1974). Por lo que el apoyo familiar es escaso cuando

existen este tipo de límites, los miembros no tienen un sentimiento de pertenencia con el otro y la función de protección del sistema familiar se ve afectado y por ende no siente la necesidad de apoyar al otro.

Por otro lado, los límites difusos o aglutinados, muestran conductas contrarias, las familias “se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como producto de ello, la distancia disminuye y los límites se esfuman” (Minuchin, 1974, p. 90). Las acciones de un individuo afectan en gran medida y de inmediato a sus familiares, por lo que le afecta a uno, les afecta a todos (Minuchin, 1974).

Al contrario de los límites rígidos, en este tipo de límite se puede dar una mayor preocupación por el otro y consecuentemente la sobreprotección, por el exceso de atenciones, limitando la independencia, autonomía y posibilidad de desarrollo de sus miembros. El apoyo familiar incluye la posibilidad de facilitar a sus miembros el desarrollo personal, favoreciendo en todo momento el desenvolvimiento y la autonomía, aspecto que con los límites difusos es difícil de lograr.

Asimismo, se puede generar una sobrecarga de una persona hacia otra bajo el sistema aglutinado, por ejemplo los cuidadores de personas adultas mayores, y como consecuencia se puede generar un desligamiento hacia otros miembros de la familia por el sentimiento de que solo esa persona se puede hacer cargo, afectando en gran medida el apoyo de todos los miembros de la familia.

2.3.3.3 Familia desde la teoría estructural funcional

La teoría estructural- funcional de la familia es propuesta por Marilyn Friedman; se centra en la estructura y la función de la familia, sus ejes son la cantidad de personas y cómo se llevan entre ellos, entendiendo que cada tipo de vínculo existente entre la familia es complejo. Además, menciona que las familias son dinámicas debido a que están en constante evolución, es decir, un proceso marcado por el paso de los años, tanto en los hijos como en los padres (Pinazo y Sánchez, 2005).

Además de esto, esta teoría se basa en una interacción no solo familiar sino también con la comunidad de forma personal y conjunta, la cual, según Friedman (mencionada por Flores, 2018) está conformado por 2 objetivos principales, los cuales son la estructura y la funcionalidad, que abarca todo lo referente a relación familiar y forma de vida con la sociedad.

Dentro del aspecto estructural, se analizan las características estructurales de la familia, a través de la organización, distribución y la relación mutua de los miembros de la misma. Por su parte, el aspecto funcional incluye lo que la familia hace para llegar a satisfacer las necesidades de los miembros individuales y la sociedad mediante la realización de las funciones (Sáenz, 1992).

Algunas de las funciones principales de la familia incluyen el desarrollo de una sensación de propósito y vínculo familiar, el aumento de sus miembros y socialización, y la prestación, distribución de asistencia y de servicios a sus miembros (Pinazo, Sánchez, 2005, p. 433).

Finalmente, Friedman (mencionado por Galindo, 1996) señala que existen ciertas funciones que deben ser desempeñadas por los integrantes de la familia; y la capacidad para su desempeño está basada en la propia estructura familiar. Se establecen cinco funciones

familiares: afectiva, socialización, cuidado a la salud, reproductiva y de enfrentamientos en la propia estructura familiar.

Para la presente investigación, esta teoría ya que muestra la importancia de la familia en cada uno de sus miembros, además, refleja un panorama sobre la relación entre las funciones de la familia y la estructura, lo cual se relaciona directamente al tema de investigación, ya que el apoyo familiar, como se ha mencionado anteriormente, facilita la satisfacción de las necesidades del grupo familiar.

2.3.4 Familia como red social

De acuerdo con Fernández y Manrique (2010), el apoyo social se relaciona a la red social, como un "conjunto bien definido de actores, individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, que están vinculados unos a otros a través de relaciones sociales" (p. 3).

La red social comprende el tejido de relaciones sociales que poseen los individuos (Lahuerta, 2004). El tamaño, la fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión son elementos primordiales de una red social enfocada al apoyo social Lin, y otros (citado en Londoño y otros, 2012). La familia constituye uno de los grupos o actores de red social más importantes de vinculación en los individuos. Generalmente es donde la persona inicia su ciclo de vida, crece y obtiene experiencias de aprendizaje y apoyo.

En este sentido, la red social tiene efectos en la salud por diferentes factores psicosociales, por ejemplo, en la proporción de apoyo social emocional o instrumental, la facilitación en la toma de decisiones e información. Además, la influencia que ejerce los actores de la red y ese compromiso social, participación, contacto persona a persona y acceso a recursos materiales.

Estos factores promueven cambios en los estilos de vida de una persona, tanto físico, psicológico (autoestima, autoeficiencia), como también cambios a nivel de la fisiología del cuerpo (Lahuerta, 2004). Según estos mismos autores la red social y el apoyo social están muy relacionados con la mortalidad y morbilidad y en lo que se refiere a salud mental y calidad de vida.

La calidad de vida es definida por Botero y Pico (2007) como “la noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas” (p. 17).

Estudios como el de Figueroa, Soto y Santos (2016) demuestran que las personas adultas mayores que poseen apoyo social alto presentan mayores niveles de calidad de vida. Además, el recurso más importante para estas personas es el apoyo proveniente de su familia, mencionado como apoyo informal, el cual es determinante para el bienestar, el sentimiento de satisfacción y potenciación de la autoestima de las personas mayores. Sin embargo, esta relación del apoyo social con la calidad de vida depende de la interpretación y valoración subjetiva que cada persona hace de este apoyo, es decir el apoyo percibido (Briones, citado en Figuera y otros, 2016).

La integración y la participación comunitaria son claves para la calidad de vida en esta población, siendo factores que pueden ser favorecidos mediante el apoyo familiar a través del desarrollo humano que cada familia debe promover en sus miembros (Figueroa y otros, 2016).

2.3.5 Familia y el ciclo vital

Como lo menciona Pillcorema (2013) una de las funciones de la familia es producir nuevos seres humanos, que serán independientes y que a su vez formarán nuevas familias, con

la finalidad propia de repetir el ciclo vital; es decir, todas las personas cumplen un ciclo de vida, iniciando con el nacimiento y terminando con la muerte, por lo que las parejas no están exentas de esto.

La familia también pasa por un ciclo que remonta su inicio a la formación de la pareja, seguido de familia con hijos pequeños, que continúa con familia con hijos en edad escolar o adolescente, y por último familia con hijos adultos, dichas etapas poseen sus características específicas (Pillcorema, 2013).

Según lo señala Pillcorema (2013) este ciclo es dinámico, por lo que para poder analizar o estudiar una familia, es necesario conocer a ciencia cierta su conformación, durante todos y cada uno de los ciclos que ha atravesado y que está atravesando; es necesario destacar que una familia no es estática, por lo que el desarrollo de cada familia, debe considerarse como un mundo interno que se va a regir según las exigencias de la sociedad.

Sin embargo, es necesario señalar que un ciclo familiar es ordenado y universal, así también predecible, en donde cumplir ciertas tareas de una fase anterior va a facilitar la superación de la fase siguiente. Cada familia buscará sus normas o reglas que le ayudarán a superar cada una de las fases dependiendo de la estructura en la que se encuentren sus miembros (Pillcorema, 2013).

Seguidamente se explicarán cada una de las fases que atraviesa una familia en el ciclo vital según el modelo sistémico estructural de Salvador Minuchin (citado por Pillcorema, 2013):

1. **Formación de la pareja:** es en la etapa en donde se establecen las pautas que van a determinar la unión conyugal, así también se indican las fronteras que demarcan lo íntimo de la relación; y con el paso del tiempo el nuevo organismo se establecerá como un sistema equilibrado.

2. **Familia con hijos pequeños:** comienza con el nacimiento del primer hijo; se crean nuevas uniones madre-hijo/padre-hijo; así también es importante que los cónyuges establezcan una nueva distribución de responsabilidades, esto para determinar nuevas reglas que mejoren la convivencia familiar, así también se da la aparición de nuevos roles (madre-padre).
3. **Familia con hijos en edad escolar o adolescente:** existe un cambio tajante en la familia cuando los hijos van a la escuela; ya que, existirá un medio externo, con el cual se debe aprender a convivir; deben elaborarse nuevas pautas que deberán negociarse, esto debido a que en la adolescencia los hijos adquieren nuevos valores, lo que se considera como un sistema poderoso y competidor. En esta etapa no solo los hijos crecen y cambian, sino sus padres también lo hacen.
4. **Familia con hijos adultos:** inicia con la partida del último hijo; los padres quedan solos y la familia vuelve a ser de dos. Se restablecen los roles y reglas, buscando como eje principal la satisfacción de las necesidades de la pareja; a su vez se establecen las relaciones con sus hijos y nietos.

2.3.6 Familia y persona adulta mayor

Eliopoulos (2014) refiere que las enfermeras deben colaborar con las familias para que estas encuentren los recursos que les permitan enfrentar los desafíos que presentan las personas adultas mayores; además, señala que una familia dedicada e interesada en la persona adulta mayor, se convierte en y uno de los recursos más valiosos que un individuo puede poseer en esta etapa avanzada de vida.

El proceso de envejecimiento que vive la persona adulta mayor se convierte en un asunto familiar, su impacto tiene un efecto de oleaje en toda la unidad familiar y en las funciones de esta familia, ya que estas se concentran en las necesidades especiales de la persona adulta mayor; en las que destacan, (Eliopoulos, 2014):

1. Asegurar la satisfacción de las necesidades.
2. Dar apoyo emocional y confort.
3. Mantener las conexiones con la familia y la comunidad.
4. Manejar los asuntos monetarios.
5. Crear un sentimiento de significado de la vida.
6. Manejar crisis.

Las relaciones con la familia son llamadas relaciones primarias, las cuales se caracterizan por su naturaleza personal, íntima y emocional, son duraderas y las personas pueden funcionar en varios roles, lo que permite mayor flexibilidad en la expresión de sentimientos y pensamientos. Las relaciones secundarias son más formales e impersonales y se ejecuta en las personas en un solo rol, estas relaciones sirven para la consecución de determinados objetivos. La persona adulta mayor generalmente se fundamenta en relaciones primarias y menos con las secundarias. Este tipo de relaciones primarias se dan en mayor medida con personas que han sido parte de la biografía personal, lo que comprende el apoyo informal, el cual es el más importante (Pinazo y Sánchez, 2005).

La familia proporciona el apoyo más importante en la persona adulta mayor al brindar cuidado durante todo el ciclo vital. En la literatura se han descrito los diversos tipos de apoyo de esta fuente primordial: apoyo económico, aliento, apoyo emocional, informacional, fomenta la vida en la comunidad lo que evita la institucionalización, además el cuidado directo en caso

de procesos patológicos o personas dependientes. Las relaciones están determinadas por aspectos como la existencia de hijos y la cercanía de los mismos, presencia de alguna enfermedad y la percepción de la salud, relación marital y grado de independencia. (Pinazo y Sánchez, 2005).

Minuchin y Fishman (1984), confirmando lo anterior, refieren que la familia constituye: “el contexto natural para crecer y para recibir auxilio” (p 25), además, la tarea psicosocial fundamental de la familia es apoyar a sus miembros.

Por otro lado, Mesonero, Fernández, González, indican que la familia es de los grupos sociales más importantes a los que una persona pertenece, debido a que es donde se crece, se aprende a socializar, a desarrollar una personalidad; las relaciones que se van construyendo entre los familiares son las más cercanas y es generalmente la fuente de mayor soporte económico y emocional (2006).

Las personas adultas mayores requieren de participación y vinculación con el medio social. Estas vinculaciones se realizan por medio de la familia, vecinos, grupos, compañeros, amigos etc. Y se han documentado beneficiosas para un envejecimiento sano de esta población dentro de la comunidad (Pinazo y Sánchez, 2005). Estos grupos mencionados son la red social que constituye el elemento principal del apoyo social, para que se den la vinculación y participación con este medio social.

2.3.7 Género

Para Sánchez (2011) el género es una construcción social que describe la manera en que una sociedad asigna roles a hombres y mujeres por ciertas condiciones biológicas, para ampliar lo anterior, Scott, 1996 (citado por Sánchez, 2011), indica que el género:

Es una herramienta analítica que alude a significados sobre las relaciones sociales y procesos de identidad organizados en torno a las diferencias anatómicas y fisiológicas, principalmente relacionadas con funciones reproductivas. Esta construcción social se materializa a través de la repetición de prácticas y modos de actuar cotidianos (masculinos o femeninos) que se desprenden de un marco de valores, símbolos y representaciones que reafirman la diferencia sexual. (Sánchez, 2011, p. 50)

Tal y como lo explica la autora, el género adjudica funciones propias tanto a mujeres como a hombres. El cuidado por su naturaleza, se ha colocado por excelencia como una función femenina, sin embargo, (Freixas, 1997, citado por Sánchez, 2011), evidencia por medio de diversas investigaciones que en la vejez, “las funciones asignadas a los géneros son menos marcadas o rígidas que en otras etapas de la vida, de manera que los varones pueden ser más cariñosos y afectivos que antes, y las mujeres más independientes y asertivas para manejar las diversas situaciones en el ámbito privado”.

Otro aspecto a considerar en cuanto a género lo expone Barrantes (2006), al informar que la población está envejeciendo y que la mayor cantidad de personas pertenecientes a la población adulta mayor son mujeres, la autora explica que aunque las mujeres vivan más no se encuentran sujetas a una mejor calidad de vida, ya que se ven más expuestas a enfermedades lo que conlleva a un efecto negativo en su calidad de vida.

Además, factores como inadecuada nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de enfermedades, violencia, problemas psicológicos no tratados, largas jornadas de trabajo, problemas económicos, acceso a la salud son mencionados por Barrantes (2006) como los que propician que la calidad de vida, de esta población en específico,

sea afectada una vez llegan a la adultez mayor. Aunado a que históricamente el género femenino ha sido excluido y ha significado una desventaja social.

2.3.8 Violencia en la persona adulta mayor

La persona adulta mayor, por sus características ya conocidas de vulnerabilidad, es susceptible a sufrir de diversos tipos de violencia, ejercida ya sea por su familia o personas e instancias extrafamiliares. De acuerdo con el Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor (2014) existen siete tipos de maltratos que pueden sufrir la persona adulta mayor, los cuales se detallan a continuación:

Físico: implica daño o lesión física de forma intencional provocada por otra persona. Por ejemplo: golpes, bofetadas, quemaduras, arañazos, alimentación forzada, desnutrición, deshidratación, pellizcos, empujones, entre otros.

Sexual: se da cuando hay un contacto con una intención sexual sin el consentimiento de la persona adulta mayor. O aprovechando algún deterioro cognitivo que afecta la toma de decisiones.

Psicológico: Incluye expresiones verbales sin mediar fuerza física, que pueden provocar angustia y daño emocional a la persona adulta mayor. Amenazas, abuso emocional, malestar psicológico, aislamiento de amigos y familiares o de actividades cotidianas, indefensión, miedo, impotencia, infantilización, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación.

Patrimonial: se trata del robo o uso inapropiado e ilegal de los recursos de una persona adulta mayor, perjudicando a la persona adulta mayor para beneficio de la persona que ejecuta este tipo de violencia.

Negligencia y Abandono: consiste en la omisión intencionada o no del cumplimiento de las necesidades básicas de la persona adulta mayor, en tres formas: física, psicológica y económica. Lesiones por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestimenta inadecuada, malnutrición, desnutrición y no brindarles afecto entre otros.

Institucional: abusos o maltrato en espacios institucionales públicas y privadas por parte de su personal. Por ejemplo: negativa para brindar una atención preferencial, infraestructura inadecuada que imposibilita el fácil acceso a los servicios, negar la atención y exceso de trámites, entre otros.

Estructural: se da cuando la misma estructura, políticas, leyes y cultura de una sociedad, actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes. Como la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor. Esto va en perjuicio de la persona y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social. Por otro lado, en el contexto familiar, se pueden ejercer diversos tipos de violencia, por ejemplo, la violencia física, psicológica, negligencia, abandono, sexual y patrimonial.

Existen factores relacionales que median en la perpetración de violencia, por ejemplo, según la OMS (2018) el hecho de compartir la vivienda es un factor de riesgo para el maltrato de las personas mayores. En el escenario familiar, los cónyuges y los hijos e hijas son lo que tienen más probabilidades de ejercer la violencia. Además, si hay situaciones de malas relaciones familiares, en momentos de estrés se puede desencadenar, aunado a que si algunos de los familiares dependa económicamente de la persona adulta mayor, hay más riesgo de generar situaciones de tensión. Otro factor mencionado es el del cambio de la situación laboral

de las mujeres, hay menos personas disponibles para el cuidado de la persona adulta mayor si lo requiere, a su vez que aumenta la carga de cuidados al haber menos disponibilidad de cuidadores.

Entre los factores comunitarios, el apoyo social es esencial, puede ocurrir que haya un distanciamiento de los cuidadores y las personas adultas mayores por la pérdida de familiares o amigos, consecuentemente, y sin apoyo social, el riesgo de maltrato se eleva por parte de los cuidadores OMS (2018). En este caso, el apoyo social y familiar es imprescindible para disminuir las probabilidades de maltrato que pueda sufrir esta población.

2.4 Apoyo Familiar

En la literatura existente, no hay fundamento teórico que aborde explícitamente la definición de apoyo familiar, sin embargo, existe la teoría del apoyo social que resulta el enlace para llegar a una definición más cercana de apoyo familiar. Este término ha sido ampliamente estudiado, dando un sinnúmero de definiciones desde diferentes perspectivas, por lo que no hay un consenso en su definición. Sin embargo, la mayoría coinciden en la importancia de la existencia de redes y relaciones o interacciones sociales.

El apoyo social ha sido definido por Kahn y Antonucci, 1980 (como se citó en Pinazo, Sánchez, 2005) como “procesos de transacciones interpersonales basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos de las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor” (p.224). Asimismo, Cassel, 1976 (citado en Pinazo, Sánchez, 2005) menciona la función del apoyo social primordial la cual consiste en favorecer en el individuo el sentimiento de ser cuidado, amado y de que se preocupan por él, que es valorado y estimado, además, miembro de una red de obligaciones mutuas.

Lacruz y Gómez (citado en Arias, 2013) menciona que, “el apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado perteneciente a una red de derechos y obligaciones”(1993, p.44).

Para la presente investigación, se toma en cuenta aspectos de las diferentes definiciones dadas por los autores, por ejemplo, el concepto realizado por Lacruz y Gómez (citado en Arias, 2013), se enfocan en la percepción subjetiva del individuo, esto forma parte esencial del objetivo, el cual es identificar el apoyo familiar percibido, también, mencionado por Pinazo y Sánchez (2005), el cual lo clasifica como dimensión subjetiva o apoyo percibido, es decir, desde la mirada de la persona adulta mayor.

Como se mencionó anteriormente, Pinazo y Sánchez (2005) realizan una clasificación de apoyo social de acuerdo con dos dimensiones: la dimensión objetiva o apoyo recibido, el cual consisten en las transacciones reales de ayuda entre los miembros, que implica el componente conductual de la persona y la dimensión subjetiva que consiste en el apoyo percibido o la evaluación que la persona hace de esa ayuda, por lo que se trata del componente cognitivo. Es en este último aspecto que se enfoca el presente seminario.

De acuerdo con estos autores, la percepción de apoyo, es beneficiosa en tanto que ayuda a enfrentar cualquier situación difícil, solo el hecho de que la persona sienta que es apoyada y comprendida es un aspecto que ayuda a superar crisis personales.

2.4.1 Tipos de apoyo

El apoyo social, de acuerdo con Pinazo y Sánchez (2005), presenta dos perspectivas, funcional y estructural. La primera incluye tres planos:

1. Cognitivo: incluye el apoyo informacional, es decir, la información o consejo que sirve de ayuda.
2. Afectivo: consiste en el apoyo emocional o expresivo, o las expresiones de sentimientos y afecto. Aquí se refuerza los sentimientos de pertenencia y autoestima, además ayuda a sentirse más comprendido y querido.
3. Conductual: es el apoyo instrumental, material y tangible (Pinazo, Sánchez, 2005).

La perspectiva estructural consta de los dos tipos de apoyo: apoyo formal, que son todos esos recursos institucionales y comunitarios como los centros diurnos, hogares para adultos mayores etc. Y el apoyo informal, el cual es brindado por las redes más cercanas e íntimas de la persona adulta mayor, como la familia, vecinos y amigos (Pinazo, Sánchez, 2005).

2.4.2 Funciones del apoyo social

El apoyo social también presenta diversas funciones, de acuerdo con Pinazo, (2005) las más reconocidas son apoyo emocional, expresivo o afectivo, el apoyo informacional o estratégico, y el apoyo material, instrumental o tangible. A continuación, se describe cada una de estas funciones según Pinazo y Sánchez (2005).

El apoyo emocional incluye acciones como compartir sentimientos, pensamientos y experiencias por la disponibilidad de alguien con quien hablar. Es la capacidad de poder expresarse con alguien de confianza en un ambiente de afecto positivo y de pertenencia, Incluye también el dominio de las emociones, sentimientos de ser querido, amado, respetado y valorado, y el cual supone un aumento de su autoestima. Lo que al final resulta del mejoramiento del bienestar y de la salud.

Por su parte, el apoyo informacional o estratégico se basa en el consejo o información que es de ayuda para las personas en una situación de problema y por ende les ayuda a superar

esa situación. En ocasiones puede resultar difícil de separar este tipo del tipo emocional, ya que el receptor puede interpretarlo como expresión de sentimientos y preocupación.

Finalmente, el apoyo material, instrumental o tangible consiste en la ayuda material y de servicios de forma directa. Este tipo es de mucha ayuda, mientras el receptor lo perciba como apropiado en ese momento. Sin embargo, puede resultar negativo cuando el receptor siente que queda en deuda con el que le provee o sienta que le limita su libertad. También el apoyo instrumental incluye los medios para lograr objetivos o metas, por ejemplo, la acción de acompañar a una persona al centro de salud. Se puede decir que este tipo de apoyo ayuda a mejorar el bienestar a través de la disminución de la sobrecarga de tareas y favorece el tiempo libre para disfrutar de otras actividades de ocio. En este tipo de apoyo se incluyen las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las cuales son como levantarse, bañarse, vestirse, ir al servicio, comer, etc. Y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que requieren un poco más complejidad, por ejemplo, ir de compras, usar el teléfono, utilizar el transporte público, llevar sus propias cuentas, etc.

Wills y Shinar, 2000 (citado en García, García y Rivera, 2017) propone otra función el cual es el compañerismo, esta es la disponibilidad de personas con quienes se puede participar en actividades sociales y de ocio. Es decir, ejercen función de acompañamiento.

El apoyo social se ha relacionado con el mantenimiento de la salud, incluso desde sus primeros acercamientos se relacionaba con el mejoramiento del bienestar. Pinazo y Sánchez (2005), hace referencia a dos efectos del apoyo social sobre la salud. El efecto directo, fundamenta que las personas que poseen relaciones sociales tienen mayor protección frente a situaciones estresantes. La afirmación se dirige que entre más apoyo social, menos efectos psicológicos y entre menos apoyo social más probabilidad de trastornos. El otro efecto es el

amortiguador, apunta que la existencia de relaciones sociales favorece el afrontamiento de las crisis, por ende, si una persona tiene nivel de apoyo social bajo tendrán efectos negativos frente a los estresores.

Los efectos sobre la salud que se han descrito en la literatura, según Pinazo y Sánchez (2005) son:

1. Función protectora frente a enfermedades.
2. Disminución de los tiempos de hospitalización y la necesidad de hospitalización.
3. Prevenir o posponer la necesidad de institucionalización en instituciones sociales.
4. Aumentar la adhesión a los regímenes terapéuticos.
5. Aumentar las probabilidades de las conductas de salud preventivas.
6. Es un mediador para la depresión frente a pérdidas significativas. En ese caso, el apoyo familiar es más importante en los periodos de crisis, mientras que los amigos son fundamentales para el restablecimiento de la vida social una vez superado una crisis.

Dolan, Canavan y Pinkerton (2006), coinciden con los tipos de apoyo social descritos anteriormente por otros autores: el apoyo emocional, de consejo, concreto (que coincide con el instrumental, debido a que consiste en actos prácticos de asistencia a una persona), y además agregan el apoyo de estima, el cual consiste en la valorización personal hacia otros, siendo este es el principal en el sistema personal de las familias.

Además, estos autores añaden que existen, cualidades de apoyo disponibles dentro de las familias:

Cercanía: dentro de la familia y otros contactos, es más probable que una persona acceda al apoyo de las personas que considera receptivas y de aquellas con las que existe una sensación de cercanía compartida.

Reciprocidad: implica actos mediante los cuales se intercambia ayuda entre las personas, asegurando que una persona no se sienta obligada a otra. Dentro de las familias esto ocurre automáticamente y su valor reside en la comodidad de saber que el intercambio de apoyo está listo y disponible cuando sea necesario.

Durabilidad: se relaciona con las tasas de contacto y el tiempo durante el cual las personas se conocen entre sí. Idealmente, los miembros confiables son aquellos que son conocidos por un largo período, están cerca para ofrecer ayuda y, por lo general, no son intrusivos.

De acuerdo con la información anterior, el apoyo familiar corresponde a la disponibilidad de personas cercanas a la persona adulta mayor o miembros del hogar, así como por los intercambios que establecen con familiares que viven fuera de éste, en conjunto con otros actores sociales como los profesionales en salud, que le puede brindar todos los tipos de apoyo descritos: emocional, informativo, instrumental y de estima, y de forma de ayuda directa (tiempo) para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2009).

Además, de acuerdo con Jiménez, Mendiburo y Olmedo (2011), abarca varias dimensiones como la comunicación, relaciones familiares, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y planteamiento de reglas; consiste en un proceso psicosocial y está influenciado de acuerdo con el contexto sociohistórico particular.

2.5 Legislación en Costa Rica sobre la Persona Adulta Mayor

2.5.1 Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

El CONAPAM (2014), como ente rector en materia del envejecimiento trabaja a través de tres programas, el envejecimiento con calidad de vida, construyendo lazos de solidaridad y la administración central. El programa Envejeciendo con Calidad de Vida, busca mejorar las capacidades de las personas adultas mayores a través de la organización, promoción, educación y capacitación en distintas áreas; las cuáles se concretan en políticas, programas y servicios. El Programa Construyendo Lazos de Solidaridad contribuye a la atención y cuidado de las personas adultas mayores en situación de calle o con necesidades, mediante acciones que promueven la independencia, autonomía y dignidad. El programa asigna recursos económicos para la atención domiciliaria y comunitaria de las personas adultas mayores y propiamente a los adultos mayores que lo requieren y asisten a una de las tres modalidades de hogares y centros que administra el CONAPAM. Las tres modalidades son los establecimientos de larga estancia, albergues y centros diurnos, para la pertinencia del presente trabajo, se define las características del centro diurno:

1. Centro diurno: servicio que brinda la comunidad con apoyo institucional para ofrecer atención multidisciplinar a las personas adultas mayores independientes de escasos recursos o en riesgo social, no obstante, es un complemento a la vida familiar porque se trabaja muy estrechamente con la familia y la comunidad. en los centros diurnos se ofrecen servicios de nutrición, terapia recreativa, integración social productiva, psicología, trabajo social, medicina general, entre otros.

2.5.2 Política Nacional de enfermería

La Política Nacional de Enfermería 2011-2021 en su objetivo de contribuir en el desarrollo individual, familiar y comunitario para conseguir mejores niveles de salud y de desarrollo humano.

La salud es considerada como un derecho humano básico y aspecto fundamental de la sociedad, por lo que es de importancia y necesidad la existencia de políticas en salud que promueva la defensa de la población y lograr que las comunidades sean sanas y favorezcan el desarrollo sostenible. De aquí, la necesidad de la participación por parte de los profesionales en enfermería en la creación, dirección, ejecución y evaluación de la política (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011).

Una correcta política de enfermería debe de contribuir al desarrollo individual, familiar y de la comunidad, por ende, debe de promover principalmente (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011):

1. Mejoramiento curricular de las instituciones rectoras y universidades que regulan la formación de profesionales en el campo.
2. El enfoque de la bioética en la gestión de los servicios de salud.
3. El mejoramiento de la calidad de los servicios de enfermería.

La política de Enfermería tiene que ver más con la salud que con la enfermedad, y con el marco de las personas, organizaciones, empresas y sociedad civil organizada en el contexto natural. Es un conjunto de acciones, compromisos y responsabilidades de los y las profesionales en enfermería de nuestro país, que pretenden contribuir en medicina sustancial al desarrollo ayudando a las comunidades a conseguir mejores niveles de salud y calidad de vida (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011).

Dentro de dicho documento se definen dos ejes temáticos para garantizar el logro de los compromisos profesionales. El primero es el ser en el cuidado de enfermería, dirigido a la calidad de la atención en la población de niñez y adolescencia, adultez y adultez mayor. Y segundo, el fortalecimiento y consolidación del ser y el hacer de enfermería en materia de investigación, imagen, sistema de información, legislación, desarrollo de organizaciones de enfermería, recurso humano y conducción política.

En el eje temático de la adultez mayor, se visualiza la política del fortalecimiento de la atención integral, integrada y continua a las personas adultas mayores en los diferentes niveles y escenarios de atención, la cual para su abordaje se plantean las siguientes estrategias (Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, 2011):

1. Fortalecimiento en el desarrollo de proyectos de enfermería comunitaria con la participación de actores interdisciplinarios e intersectoriales.
2. Sensibilización a los diferentes grupos etarios sobre el proceso de envejecimiento del ser humano.
3. Creación de sistemas de apoyo para fortalecer la salud mental de las personas que comparten escenarios con las personas adultas mayores y sus familias.
4. Fortalecimiento del quehacer de enfermería mediante grupos comunitarios y terapéuticos para la prevención, tratamiento, rehabilitación de la adultez mayor, ante el riesgo de la violencia en sus distintas formas y contextos.
5. Fortalecimiento de la atención de enfermería domiciliar y comunitaria.
6. Fortalecimiento de las habilidades sociales, laborales y productivas de la adultez mayor.

La política se fundamenta bajo los siguientes los valores de responsabilidad, el respeto, la solidaridad y la honestidad, y principios que son la equidad, la universalidad, la calidad y la ética.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1 Modalidad de estudio

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Enfermería y el Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica, se rige bajo los lineamientos de la modalidad seminario, el cual, según el reglamento de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica, es definido como:

Una actividad académica que se ofrece a lo largo de uno, dos o tres ciclos consecutivos, como máximo, a un grupo de estudiantes no menor de tres ni mayor de seis, quienes, mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director del trabajo (p. 2)

El mismo, se describe siguiendo las pautas de seminario, según las dos fases que lo constituyen: fase investigativa y fase reflexiva.

3.2 Fase investigativa

Esta investigación es de tipo descriptiva, la cual, según Hurtado (2010) “tiene como objetivo lograr la precisión y caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular” (p.413). Permite conocer lo que ocurre con un evento, como es o cómo se manifiesta el mismo. Se realiza cuando no existen descripciones previas de dicho fenómeno o que son insuficientes las disponibles y buscan tratar problemas en la práctica, pero de una forma distinta (Grove, Gray & Burns, 2016).

Este seminario es un estudio de tipo cualitativo, el cual según, Grove, Gray & Burns (2016), mencionan que son aquellas en las que se busca dar respuesta a la pregunta de investigación con el objetivo de explicar fenómenos. Este tipo de investigación ofrece la

oportunidad de servir de base para otros estudios de mayor complejidad y profundidad, ya que ofrece las descripciones más precisas de eventos particulares.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) mencionan que este permite realizar una recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar las preguntas de la investigación. Por lo tanto, se realizan descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Además, corresponde a un diseño transeccional de campo, lo cual, consiste en investigaciones que buscan describir el fenómeno en un momento único del presente y que para recolectar los datos se utilizan fuentes vivas e implica observar el evento en su forma natural sin ningún tipo de modificaciones (Hurtado, 2010).

3.2.1 Alcances de la investigación

El alcance de esta investigación se determina como exploratorio, definido por Hernández, Fernández y Baptista (2014) como un proceso que se realiza cuando el objeto por examinar, el tema o problema es poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no han abordado del todo antes; así también, este modelo ayuda a familiarizarse con los fenómenos desconocidos, obtener la información necesaria para realizar investigaciones más completas con contextos particulares.

En el caso específico de esta investigación, se buscó realizar un análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores, tema que no ha sido abordado en este país.

3.2.2 Población

La población seleccionada estuvo compuesta por personas adultas mayores, que se encontraban en asistencia constante en los tres centros diurnos seleccionados del Valle Central; asimismo que cumplieran con los siguientes criterios:

3.2.3 Criterios de inclusión

1. Ser usuario o usuaria de algún centro diurno de los seleccionados: Centro diurno San Vicente de Paúl, Centro diurno de Calle Blancos, Centro diurno ASESAM.
2. Ser mayor de 65 años.
3. Personas adultas mayores que cuenten con apoyo familiar.

3.2.4 Criterios de exclusión

1. Adultos mayores con algún trastorno cognitivo.
2. Adultos mayores con discapacidad auditiva y del habla.

Los criterios propuestos responden a las necesidades específicas del seminario, ya que, por ser un estudio específico en persona adulta mayor, los participantes de las entrevistas son de este grupo poblacional. Además, para la realización de las entrevistas, es necesario que la persona adulta mayor cuente con sus capacidades de audición, de habla y mentales íntegras, debido a que no se cuenta con recurso humano para el abordaje de las mismas durante las entrevistas y el objetivo de las mismas; ya que las preguntas de la entrevista requieren, por parte de la persona adulta mayor, de un análisis de sus vivencias personales reales y su expresión de forma óptima.

3.2.5 Muestra

Para el presente estudio, se utiliza una muestra de 15 personas adultas mayores, donde cinco corresponden a cada centro diurno. Hernández, Fernández y Baptista (2014) mencionan

que los tipos de muestras utilizados en investigación cualitativa son las muestras no probabilísticas o dirigidas, las cuales tienen como finalidad no generalizar en términos de probabilidad; así también, la elección de los participantes depende de las características de la investigación.

En el presente estudio se utilizó una muestra de tipo intencional o deliberado, el cual es definido por Grove, Gray & Burns (2016) como el hecho de seleccionar casos abundantes en información, de los cuales se logre obtener la información necesaria relacionada con el objetivo de estudio. En este caso, la selección de las personas adultas mayores se realizó con base en los objetivos de la investigación y que cumplan con los criterios de inclusión.

Este estudio tuvo como objetivo analizar el apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores, a través de la identificación de la definición del apoyo familiar que esta población percibe, la identificación de las experiencias asociadas al apoyo familiar percibido y por último, la reflexión del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores, por ende, la selección de los participantes se realizó en conjunto con las administradores de cada centro diurno, con el fin de elegir a aquellas personas adultas mayores que contaban con apoyo familiar, sea de tipo emocional, instrumental o informacional, para el cumplimiento de los respectivos objetivos.

Como se mencionó, se reclutó una muestra de cinco personas adultas mayores por centro diurno, ya que se tomó en cuenta el término de saturación, según Martínez, (2012) en una investigación cualitativa, este se muestra cuando ya se “ha escuchado una diversidad de ideas y ya no aparecen nuevos elementos” (p. 617). Por lo tanto, no se reclutaron más sujetos.

Sin embargo, se tomó en cuenta que lo más relevante de una muestra, es que se recabara información relevante novedosa, que aportara verdaderamente al tema en estudio, ya que como

lo menciona Denzin, (citado en Martínez, 2012) la realidad humana en su complejidad no puede ser completamente capturada, es decir, este trabajo, con la muestra que se propuso pretendía describir el fenómeno en la población adulta mayor con información novedosa e importante para la profesión de Enfermería y su intervención en la persona adulta mayor, es decir, generar un aporte para Enfermería respecto a esta población específica, pero, es importante recalcar que no procura generalizar dicha información.

3.2.6 Reclutamiento de la población

Para reunir a la población necesaria, se coordinó y compartió previamente con la administración de cada centro diurno, se brindó una propuesta de cronograma con actividades planeadas, de manera que las personas involucradas en el proceso estuvieran enteradas en todo momento de la existencia del estudio. En una primera reunión con la administración, se solicitaron los nombres de las personas adultas mayores recomendadas para realizar las entrevistas, tomando en cuenta las capacidades de las personas adultas mayores y los criterios de inclusión. Una vez que fueron seleccionadas las personas a entrevistar, las estudiantes se dirigieron cada uno de ellos y ellas para consultarle de su deseo de participar; si esta se encuentra anuente, se agendaba la cita con fecha y hora de mutua conveniencia.

En el día planeado para las entrevistas, las estudiantes investigadoras se reunieron con la persona administradora de cada centro diurno para informarle sobre las personas seleccionadas y confirmadas a las cuáles se les realiza la entrevista.

Previo a realizar las entrevistas, las estudiantes brindaron una breve explicación a todos los integrantes del centro diurno de nuestra presencia y se les explicó, que, a algunos de ellos, previamente, escogidos se les realizará una entrevista.

Posteriormente, las estudiantes se dirigieron a cada una de las personas adultas mayores seleccionadas y se le proporcionó el respectivo consentimiento informado, resaltando el valor de la voluntariedad y la confidencialidad de la información.

3.2.7 Consentimiento informado

El consentimiento se elaboró tomando en cuenta las especificidades de algunas personas de la población a tratar, por lo tanto, tiene un tamaño de letra aumentado y con lenguaje sencillo para su mejor entendimiento.

Para asegurar el entendimiento de cada persona adulta mayor del consentimiento informado, previo a la entrevista, se le proporcionó el respectivo documento a la persona adulta mayor para su lectura. En caso de que la persona no pudiera leer, en seguida, se realizó la lectura del mismo por parte de la investigadora y de manera detallada una explicación del estudio, sus objetivos, riesgos y beneficios para la persona y dicha población. Una vez discutido el consentimiento por las partes, se solicitó la firma de los participantes y se le hizo entrega de una copia.

3.2.8 Lugares de la investigación

Las sesiones con las personas adultas mayores se llevaron a cabo en su totalidad en cada uno de los centros diurnos seleccionados, ubicados en las provincias de San José y Cartago, durante el primer semestre del 2019. A continuación, se detalla los tres lugares destinados para la investigación.

3.2.8.1 Centro diurno de Calle Blancos

El centro diurno de Calle Blancos pertenece al cantón de Goicoechea de la provincia de San José, este lugar posee personal que da atención a las necesidades básicas de las personas

adultas mayores, una administradora, dos cocineras que también cumplen labores de limpieza y orden. Además, reciben la visita un día a la semana de un profesional en terapia física para realizar ejercicios adecuados para su edad. Este centro, también, recibe la visita de estudiantes de Enfermería de la Universidad de Costa Rica en el campo clínico de adultez mayor durante los primeros semestres de cada año, donde realizan distintas actividades con dicha población.

3.2.8.2 Centro diurno ASESAM

El centro diurno ASESAM (Asociación Específica del Adulto Mayor San Blas Cartago) se ubica en el distrito del Carmen de Cartago. El mismo fue creado el 30 de noviembre del 2012, sin embargo, el 12 de junio del 2013 inauguraron sus instalaciones con un total de 15 adultos mayores, cifra que al día de hoy ha aumentado a 41 personas asistentes a en este lugar.

La misión que posee este centro es buscar el bienestar físico y mental de las personas adultas mayores integrantes de la institución, promoviendo una mejor calidad de vida (ASESAM 7 de junio de 2012).

3.2.8.3 Centro diurno San Vicente de Paúl

El Centro diurno San Vicente de Paul fundado en el año 1988 está ubicado en la provincia de San José, en el cantón de Tibás y distrito San Juan. Fue construido con la ayuda de la Municipalidad de Tibás, la Asamblea Legislativa, el IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social) y La Junta de Protección Social de San José.

Su misión es “Dar una mejorar calidad de vida a los Adultos Mayores de nuestro Cantón de Tibás, de acuerdo con los factores físico-psicológicos, económicos, sociales y culturales. El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y para que sea una experiencia placentera debe de contar con el apoyo de la familia, la comunidad y el Estado”. Su filosofía: “envejecer dignamente es un derecho que debemos respetar y proteger, ofreciéndoles una mejorar calidad

de vida”. Y por último, su visión: “Para lograr un mejor cumplimiento de los objetivos para los cuáles se creó el Centro Diurno, se necesita una integración afectiva entre los familiares, los beneficiarios, la Junta directiva, el Personal Administrativo, el voluntario, los asociados: incrementando e impulsando el trabajo en conjunto, que permita ser facilitadores y mediadores que respondan ante las necesidades de la persona Adulta Mayor del Cantón” (Centro Diurno San Vicente de San Paúl, s.f).

El centro diurno ofrece a las personas adultas mayores actividades como la decoración de vasijas, juegos de mesa, actividades religiosas, colorear, dinámicas con juegos, manualidades en tela y madera, canto y juegos cognitivos. El centro brinda facilidades como alimentación en 3 tiempos de comida, dos meriendas y un almuerzo, asimismo el transporte, si así lo requieren para trasladarse de su hogar al centro.

3.2.9 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Para la recolección de dicha información, primero se realizó una revisión y análisis de bibliografía pertinente al tema. En una segunda fase se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, ya que permite recabar información más completa y profunda que otras técnicas. Esto permitió enriquecer la investigación mediante casos reales. Se realizó una guía de entrevista como instrumento, con la finalidad de dirigir la entrevista hacia el tópico en estudio.

3.2.9.1 Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada, consistió en una conversación entre el entrevistado y el entrevistador, que permitió un grado mayor de flexibilidad, debido a que parten de preguntas ya planteadas previamente y son más abiertas acerca de un tema en específico, y que pueden ajustarse a los entrevistados, por ejemplo, se pudieron aclarar términos o dudas en el momento,

aclarar ambigüedades y disminuir formalismos (Díaz y otros, 2013); por lo que permitió que los sujetos entrevistados expresaran sus puntos de vista de manera relativamente más abierta, más profunda y detallada.

Para elegir este tipo de entrevista se tomaron en cuenta diversos aspectos propios de este estudio, el más importante fue que al ser una investigación cualitativa, los datos tienen su parte subjetiva de interpretación. Los objetivos se dirigen a conocer los diferentes puntos de vista de los entrevistados acerca del tema que está en estudio, además de lo que se plantea desde la teoría. La entrevista semiestructurada permitió contrastar ambas, ya que se elaboró una guía de preguntas en base a la luz de la teoría y que a través de la entrevista semiestructurada se pudiesen visualizar los significados, vivencias y puntos de vista desde la perspectiva de los entrevistados.

Además, al ser un estudio descriptivo, este tipo de entrevista se adapta adecuadamente a la metodología. Sin dejar de lado el tema central de esta investigación, el apoyo familiar, que se puede estudiar apropiadamente a partir de este instrumento.

Martínez (cómo se citó en Díaz, y otros, 2013) da algunas pautas para realizar entrevistas semiestructuradas:

1. Realizar una guía con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
2. Escoger un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
3. Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla.
4. Tomar los datos personales necesarios.
5. Actitud receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.

6. Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas.
7. No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.
8. Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.

Además, se identifican 4 diferentes fases en la entrevista:

1. Primera fase: Preparación: Antes de la entrevista, se organizan aspectos como objetivos, redacción de preguntas guía y convocatoria.
2. Segunda fase: Apertura. Consiste en aclarar los objetivos de la misma, tiempo aproximado de duración y consentimiento de grabar la entrevista con el entrevistado.
3. Tercera fase: Desarrollo. Constituye el núcleo de la entrevista, en el que se intercambia información siguiendo la guía de preguntas con flexibilidad.
4. Cuarta fase: Cierre. Se anticipa el final de la entrevista, con el objetivo de recapitular lo que el entrevistado ha dicho y provocar en él la oportunidad de que profundice o exprese ideas que no ha mencionado. Se hace una síntesis de la conversación para puntualizar la información obtenida y finalmente se agradece al entrevistado su participación en el estudio (Díaz, y otros, 2013).

Para el proceso de aplicación de la entrevista, previamente se coordinó con la administración de cada centro diurno para la escogencia de los participantes, posteriormente, se discutió con los mismos para solicitar su voluntariedad en la entrevista.

Las entrevistas se realizaron en parejas de estudiantes investigadoras, una de las estudiantes fue la encargada de realizar las preguntas y la otra estudiante investigadora fungió como asistente, quien tiene funciones como realizar notas, funcionar la grabadora y estar atenta a cualquier situación que se presente. Cada entrevista cuenta con tres fases:

1. Presentación y apertura: se realiza una presentación de parte de las estudiantes investigadoras y se explica a la persona adulta mayor los objetivos de la entrevista y del estudio.
2. Desarrollo: aquí se desarrolla la guía de entrevista que incluye información de datos personales al inicio. La entrevista cuenta con el aspecto de permitir cierta flexibilidad en las preguntas.
3. Cierre: se realiza una recapitulación de la información obtenida para que el participante tenga la oportunidad de profundizar en ideas que no había reflexionado. Luego se realiza una síntesis de la información, y por último, se agradece la participación a la persona adulta mayor.

Es importante mencionar que siempre se cuenta con la disponibilidad permanente del director del seminario durante el desarrollo de las entrevistas. Estas tienen una duración aproximada de 50 minutos.

3.2.9.2 Guía de entrevista

La guía de entrevista contiene diecisiete preguntas de acuerdo a los objetivos del estudio. El primer apartado corresponde a datos sociodemográficos, el segundo apartado es de percepción de la salud con dos preguntas, el tercer apartado corresponde al primer objetivo con ocho preguntas sobre la conformación de la familia del entrevistado y el significado de apoyo

familiar. Por último, para el objetivo dos, se presentan siete preguntas relacionadas a las vivencias de la persona adulta mayor con el apoyo familiar.

Tabla 1: Unidad de análisis

Categoría	¿Cuál fue nuestro objetivo?	Subcategoría	¿Qué se preguntó?
Persona Adulta Mayor	Indagar la percepción de la salud de las personas adultas mayores participantes que asisten a centros diurnos del Valle Central.	Percepción de la salud: <i>“...mi salud anda por lo menos en 9”</i> .	¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cómo considera que es su salud?
		Autonomía: <i>“Yo soy una persona muy liberal”</i> .	Tema emergente de esta categoría.
Familia	Identificar el significado de apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores	Composición de la familia: <i>“...ellos son mi familia...”</i> .	Hábleme de su familia: ¿Quiénes la conforman?

	que asisten a centros diurnos del Valle Central.	Relación con la familia: <i>“Él es el más apegado a mi...”</i> .	¿Tiene hijos? (si es afirmativa, indicar cantidad y género) De estas personas, ¿Quiénes viven con usted? Cuénteme, ¿Cómo es la relación que tienen entre ustedes? ¿Cómo es el apoyo que usted percibe de ellos?
		Roles: <i>“...yo soy abuela, no mama...”</i> .	Temas emergente de esta categoría.
		Género: <i>“La que me cuida es mi hija...”</i> .	

Apoyo Familiar Percibido		Significado de Apoyo familiar: <i>“Cómo me tratan, como me cuidan”</i> .	¿Para usted, qué significa el apoyo familiar? ¿Cómo piensa usted que debe ser demostrado el apoyo familiar? ¿En qué situaciones piensa usted que puede recibir apoyo familiar?
	Identificar las experiencias asociadas con el apoyo familiar percibido por parte de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos del Valle Central.	Apoyo emocional: <i>“Ellos están contentos de tener ahora”</i> . Apoyo Instrumental: <i>“...me dan todo lo que necesito, están pendientes...”</i> .	Cuando usted necesita ayuda (de cualquier tipo), ¿A quién acude principalmente? En momento de que usted presente alguna crisis, ¿Quién lo ayuda? Cuando usted necesita hablar o expresarse, ¿Tiene la disponibilidad

		<p>Apoyo Informativo:</p> <p><i>“...le digo a mi hijo, sino a un amigo que sepa...”</i></p>	<p>de hacerlo con alguien cercano?</p> <p>¿De qué manera su familia le expresan a usted el afecto, el amor y el cariño que le tienen?</p> <p>En el momento que usted necesita de algún tipo de información, de cualquier tipo, ¿A quién acude?</p> <p>¿Qué sentimientos le genera cuando recibe apoyo de parte de su familia?</p> <p>En general, ¿Qué tan satisfecho se siente con el apoyo que recibe de su familia?</p>
<p>Los temas de satisfacción, reciprocidad, sentimientos generados y la falta de apoyo se presentan como ejes transversales que emergieron a través del análisis de los datos en la categoría de Familia y Apoyo familiar percibido.</p>			

3.2.10 Protección de los y las participantes y de los datos

Con respecto a la protección de los datos, no se hizo uso de los nombres y apellidos de las personas que son parte del estudio, basándonos en el derecho a la privacidad y el derecho al anonimato y a la confidencialidad, ambos protegen la información brindada por el participante de su divulgación (Grove, Gray y Burns, 2016). Los datos obtenidos a través de las grabaciones o por escrito solo fueron vistos y analizados por las investigadoras y el investigador principal, se mantienen tanto las entrevistas como las grabaciones en la casa de una de las investigadoras y solo saldrán de ahí en caso de que el procesamiento de los datos se dé en un lugar diferente.

Grove, Gray y Burns (2016) explica el derecho a la autodeterminación, el cual se basa en un principio ético del respeto por las personas y cómo cada individuo tiene el derecho de decidir su propio destino, ya que son seres autónomos, por ende, tienen libertad de dirigir sus vidas cómo lo desean, sin controles externos. La participación de los sujetos en un estudio debe de ser informado, se les debe permitir elegir participar o no y que pueden retirarse en cualquier momento de la investigación sin repercusiones.

Durante las entrevistas, cualquier situación que se genere, como preguntas extras, que extienda el tiempo establecido o alguna persona adulta mayor tenga alguna crisis generada por la entrevista, será atendida inmediatamente por las investigadoras. Asimismo, en caso de ser necesario, se cuenta con la disponibilidad del director del seminario, quien es profesional de enfermería con formación en gerontología y un profesional de salud mental que puede brindar la atención requerida.

3.2.11 Pilotaje

Balestrini (2006) menciona que la prueba piloto (PP) es considerada como parte del marco metodológico de los proyectos de investigación, con la finalidad de establecer la validez de estos en relación al problema investigado.

Esta misma autora, define dos opciones bajo las cuales se puede aplicar este pilotaje:

1. El test preliminar el cual se realiza con una muestra pequeña con características idénticas y en una situación similar a la de población donde se definirá la muestra definitiva de la investigación planteada.

2. La que se efectúa con jueces o testigos: realizada con personas de gran experiencia en investigación o largo tiempo de servicio y conocedores del área inherente al problema estudiado.

En la presente investigación, se realizó un proceso de pilotaje con una población de 14 adultos mayores externos al estudio con la finalidad de obtener información sobre las preguntas, es decir, validar las preguntas planteadas. Además, se le proporcionó el instrumento a 5 expertos no pertenecientes a la investigación, con el mismo fin, que las preguntas fueran evaluadas, en este caso por profesionales especialistas en el tema, como gerontólogos, especialistas en terapia de familia, entre otros.

Seguido de esta prueba piloto, se realizaron los cambios pertinentes según las observaciones realizadas por los expertos y los resultados obtenidos con los adultos mayores; finalmente, con la versión modificada se realizó una práctica de entrevista en el Centro de Simulación en Salud (CESISA) de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica por parte de las estudiantes investigadoras, el director del seminario y la participación de una persona adulta mayor, como usuaria estandarizada. Con el objetivo de asegurar la calidad de las

entrevistas con los participantes del estudio; dejando así, la versión final del instrumento aplicar durante las entrevistas.

3.2.12 Análisis de los datos

Los estudios cualitativos poseen mayor riqueza, debido a la amplitud y profundidad en los datos que provienen de diferentes actores del proceso y no es lineal, ya que para cumplir con los objetivos de la investigación se realizan acciones que se yuxtaponen y pueden ser reiterativas o recurrentes. La recolección de datos y el análisis de los mismos prácticamente ocurren en paralelo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En los estudios cualitativos los datos no son estructurados y son muy variados. El objetivo del análisis cualitativo consiste en la exploración de los datos, imponerles una estructura, es decir, crear unidades o categorías, describir las experiencias de los participantes según su lenguaje verbal o no verbal, descubrir los conceptos, categorías, temas que se presentan en el contenido, así como los vínculos para otorgarles un sentido, interpretarlos y explicarlos en función al problema de estudio; comprender en profundidad el contexto que rodea los datos, reconstruir los hechos e historias, vincular los resultados con la teoría o antecedentes y generar una teoría fundamentada en los datos encontrados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El análisis de los datos presenta características como las siguientes:

1. El análisis es un proceso electivo, es decir desde diversas perspectivas y sistemático, sin ser rígido.
2. Las impresiones, percepciones, sentimientos y experiencia de los investigadores son una fuente importante en el análisis de los datos.
3. La interpretación de datos puede diferir entre investigaciones, y no significa que una sea mejor que otra, sino que se posee otra perspectiva.

4. El análisis no es lineal, se va estudiando cada dato y se va relacionando con los demás, a la vez se va dándole significado.
5. La interacción entre la recolección de datos y el análisis facilita la elaboración de conclusiones.
6. Los segmentos de datos o unidades son organizados en sistema de categorías.

Posterior a analizar los múltiples casos y de no encontrar información novedosa, se considera haber alcanzado la saturación y el análisis debe de concluir. Si la información que se tiene no contesta al problema de estudio, se debe de valorar un regreso al campo para recolectar más datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Una vez recolectado los datos, se debe de ordenar la información para ser transcrita y analizada. El análisis se realiza con base en el diseño de investigación seleccionado, el cual para el presente estudio se trabajó con la entrevista semiestructurada.

La información recolectada se transcribió para ser examinada por el programa Atlas TI, versión 8; que permite agrupar los datos según categoría o temática. El programa Atlas TI es un programa de análisis cualitativo, que permite al investigador asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, sonidos, entre otros formatos digitales. Permite buscar códigos de patrones y clasificarlos (Gallardo, 2014).

Las categorías o códigos se definieron previamente en base al problema de estudio, por ende, en un principio se definieron 7 códigos: la percepción de su estado de salud, la composición familiar, la definición de apoyo familiar percibido, el apoyo emocional, apoyo informacional e instrumental y la satisfacción con el apoyo percibido; definidos con base en los objetivos del estudio. No obstante, conforme se fueron codificando las entrevistas, emergieron temas que se relacionan o sustentan a los establecidos.

Se realizó una revisión de la categorización de los datos que efectuó el programa, con el fin de depurar y optimizar la información codificada (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) para posterior, extraer la información que es pertinente para la investigación.

Una vez codificada la información, se procedió a buscar vinculaciones posibles entre las categorías para descartar información no relevante o pertinente al estudio; posteriormente, se presentan los resultados con la información ordenada, de manera que sea de fácil comprensión para el lector y coherente.

Finalmente se realizó un análisis vinculándolo con la teoría para iluminar el conocimiento del fenómeno estudiado y aportar con nuevos conocimientos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Por ende, para efectos del presente estudio, el análisis se efectuó mediante la triangulación de la información obtenida a través de la categorización de la información contenida en las entrevistas, los datos de la revisión bibliográfica y el conocimiento desde enfermería a la luz de un teorizante de la profesión.

3.2.13 Divulgación

La divulgación científica se define como “transmitir avances, ideas, hipótesis, teorías, conceptos, y en general cualquier actividad científica o tecnológica a la sociedad, utilizando los canales, recursos y lenguajes adecuadas para que ésta los pueda comprender y asimilar.” (Seguí, Poza y Mulet, 2015); la importancia de la divulgación reside en el intercambio de información con agentes que se encuentran interesados en los temas de investigación, asimismo, enriquece el conocimiento (Briceño, 2012).

Los resultados de dicho estudio se presentaron en cada uno de los centros diurnos partícipes con el fin de realizar una devolución y discusión de los hallazgos para enriquecer el conocimiento, asimismo, se presentó ante el tribunal de Trabajos Finales de Graduación de la

Universidad de Costa Rica. Los hallazgos serán divulgados a través de la defensa pública, de un artículo científico con la pretensión de que sea publicado por alguna revista referente al tema y se pretende presentar en ponencias de congresos.

La divulgación del presente trabajo se realizó a través de la elaboración de un artículo científico que se buscó publicar en la Revista Electrónica Enfermería Actual de Costa Rica, la cual, pertenece a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

3.2.14 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas de la investigación se basaron en los siete principios éticos de Ezekiel Emmanuel (Gaudlitz, 2008), los cuales son: el valor, la validez científica, la selección equitativa del sujeto, proporción favorable de riesgo-beneficio, la evaluación independiente, el consentimiento informado y el respeto a los sujetos inscritos.

Los requisitos permiten esclarecer de forma sistemática las protecciones fundamentales; toda investigación debe de evaluar una intervención que permita mejoras en la salud o al bienestar de la población, se le conoce como el valor de una investigación.

El valor de este estudio reside en la contribución que permite mostrar la actualidad de la situación y a proporcionar información valiosa y a la vez novedosa de la población adulta mayor.

El segundo principio es la validez científica, se garantizó que el estudio fuera científicamente ético, ya que se hace uso de fuentes confiables en la recopilación de la información. De igual modo, los objetivos planteados pueden ser comprobados, para lograr realizar satisfactoriamente la investigación.

Seguidamente el tercer principio consiste en la selección equitativa de los sujetos, para la investigación se trabajó con una población específica, la población adulta mayor, de esta manera se veló que, con los resultados obtenidos, los beneficiados serán, específicamente, la persona adulta mayor, además, ellos participaron de forma voluntaria habiendo ya firmado un consentimiento informado. Con los resultados obtenidos se pretendió garantizar que los beneficios que reciben los sujetos y la sociedad se maximizan y los riesgos se minimizan. Esto dentro del cuarto principio que corresponde a la proporción riesgo beneficio.

El quinto principio consiste en la evaluación independiente. Una vez concluida la investigación, esta fue revisada por personas ajenas al estudio, pero expertas y con autoridad para aprobar, corregir o cancelar la misma, en este caso, se contó con la revisión de parte de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, quienes, son los responsables de garantizar el desarrollo correcto de la investigación, así como la integridad de los participantes.

Con respecto al sexto principio que corresponde al consentimiento informado. Se informó en todo momento a los participantes sobre los objetivos, finalidad, riesgos y beneficios que obtendrán, así como a las autoridades de cada centro diurno, previa a su implementación. De esta manera se pudieron decidir si deseaban participar o no. Se proporcionó el documento de consentimiento informado que previamente fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, el mismo se explica a la persona de manera tal que sea fácil de comprender.

Según el séptimo principio, garantiza el respeto a los participantes de la investigación y se deja a libre elección si desea continuar participando o retirarse sin que esto signifique una

sanción para el mismo. Además, se aseguró la confidencialidad, anonimato y privacidad de los datos durante todas las fases de la investigación.

Se garantizó el abordaje seguro de las entrevistas a través de velar por la disponibilidad de un profesional en salud mental, el Msc. Daniel Martínez Esquivel, en caso de que alguna persona hubiese requerido contención, esta se refería para que pueda recibir la atención. Asimismo, se contó con la disponibilidad del director del seminario, el Msc. Jaime Fernández Chaves, quien posee suficiente preparación en temas de enfermería y gerontología. De igual manera, las investigadoras cuentan con herramientas básicas que permiten el abordaje de las personas adultas mayores en caso necesario.

3.3 Fase reflexiva

La fase reflexiva tiene como objetivo culminar el trabajo con un diálogo que permita confrontar los conocimientos sobre un tema en específico. Formalmente, esta fase se compone de tres partes; en la primera el relator expone su tema con énfasis en los hallazgos más relevantes (Molina, 2002).

Al concluir la recolección y el análisis de los datos, se realizará una mesa redonda con los profesores del equipo del presente trabajo de graduación, directores o administradores de los centros diurnos y especialistas en el tema de apoyo familiar en la etapa de la adultez mayor. Se les expondrá brevemente los hallazgos que arroja la investigación (Molina, 2002).

En un segundo momento, los correlatores confrontan la reflexión con sus conocimientos y perspectivas para generar discusión. Al darse a conocer los resultados, se busca abrir espacios de preguntas y que los participantes de la mesa redonda opinen, comenten y aporten desde su experiencia y conocimientos, lo que enriquece no sólo la discusión, sino también, al conocimiento de las investigadoras y la investigación misma (Molina, 2002).

Por último, en el tercer momento, el protocolante se encarga de puntualizar los puntos discutidos y realizar conclusiones producto de lo discutido. Es importante que previo a finalizar la discusión se realice una recapitulación breve de los comentarios, opiniones y aportes más importantes e incluirlos en este apartado de la investigación (Molina, 2002).

Durante la dinámica, siempre está presente un director, quien guía el diálogo o la discusión y un coordinador, quien se encarga de llevar el orden del día, ajustar el tiempo, conceder la palabra para preguntas o comentarios (Molina, 2002).

Las sesiones pueden ser individuales o grupales, con una duración de aproximadamente 30 a 40 minutos; con el objetivo de dar a conocer los hallazgos y conocer distintos puntos de vista de las personas participantes, ya que son conocedores del tema por su trabajo o profesión (Molina, 2002).

3.3.1 Actividades de la fase reflexiva

Una vez finalizada la fase investigativa, la modalidad de seminario permitió que se realizará un foro con profesionales expertos en el tema de adultez mayor, el fin principal radicó en compartir opiniones de acuerdo a los resultados y el análisis generado a partir de estos, de tal manera que los profesionales a través de su experiencia laboral y cercanía con la persona adulta mayor, profundizará en lo expuesto.

3.3.1.1 Conversatorio: Apoyo Familiar en la Persona Adulta Mayor

El día 30 de mayo del 2019, en la Universidad de Costa Rica, Biblioteca Luis Demetrio Tinoco, se reunieron profesionales expertos en la etapa de adultez mayor, dos profesoras, Jessica Miranda y Maureen Araya, ambas enfermeras, y un profesor enfermero con preparación en gerontología, el Master Jaime Fernández, además de la participación de la administradora del centro Diurno ASESAM, ubicado en San Blas de Cartago.

En cuanto a la relación de este seminario con el conversatorio, es importante mencionar que en el mismo se dieron a conocer los resultados obtenidos en el presente seminario, y por medio de aportes realizados por las personas especialistas presentes, se logra un adecuado análisis de los hallazgos que se generaron, así como también de la relevancia de dicho trabajo para el accionar de los diversos centros diurnos del país, en donde se deben implementar nuevos mecanismos de intervención con la persona adulta mayor, con los cuales se identifiquen las relaciones de éstas con sus familiares, y como estos últimos pueden ayudar a la persona adulta mayor a tener un mejor desarrollo de la etapa de la vida en la que se encuentran.

Además, se logra un análisis por parte de profesionales de enfermería expertos en el tema de la adultez mayor sobre la importancia de esta profesión para las personas adultas mayores y sus sistemas de familia. Se concluye que los profesionales de enfermería deben tomar en cuenta las redes sociales informales de las personas adultas mayores, y muy importante las redes familiares y en conjunto con la persona y familia, desarrollar acciones para fortalecer las relaciones para que sean de calidad y por ende se favorezca el apoyo familiar.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. RESULTADOS

Estos resultados fueron obtenidos mediante la codificación de las entrevistas a través del programa Atlas.ti. Posteriormente, fueron agrupados en tres grandes temas: Persona Adulta Mayor, Familia y Apoyo Familiar percibido; como se muestra en el esquema 3.

Dentro de cada tema, existen distintas categorías para el análisis y comprensión de los resultados. En el tema de Persona adulta mayor, se distinguen dos categorías: percepción del estado de salud y autonomía. En la temática de familia, se destacan cuatro categorías: conformación de la familia, relación con la familia, roles y género. Asimismo, en apoyo familiar percibido, se postulan cuatro categorías: significado de apoyo familiar, apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo instrumental, además, en esta temática se plantean cuatro ejes transversales: satisfacción, reciprocidad, sentimientos generados y falta de apoyo, los cuales, a lo largo de cada entrevista se relacionan con una o varias de estas categorías de apoyo familiar anteriormente mencionadas.

En el caso de las categorías de apoyo familiar, las mismas presentan subtemas que fueron destacables en las entrevistas.

En la siguiente figura se presenta de manera gráfica cada uno de los temas con sus respectivas categorías, las cuáles se desarrollan a lo largo de este capítulo.

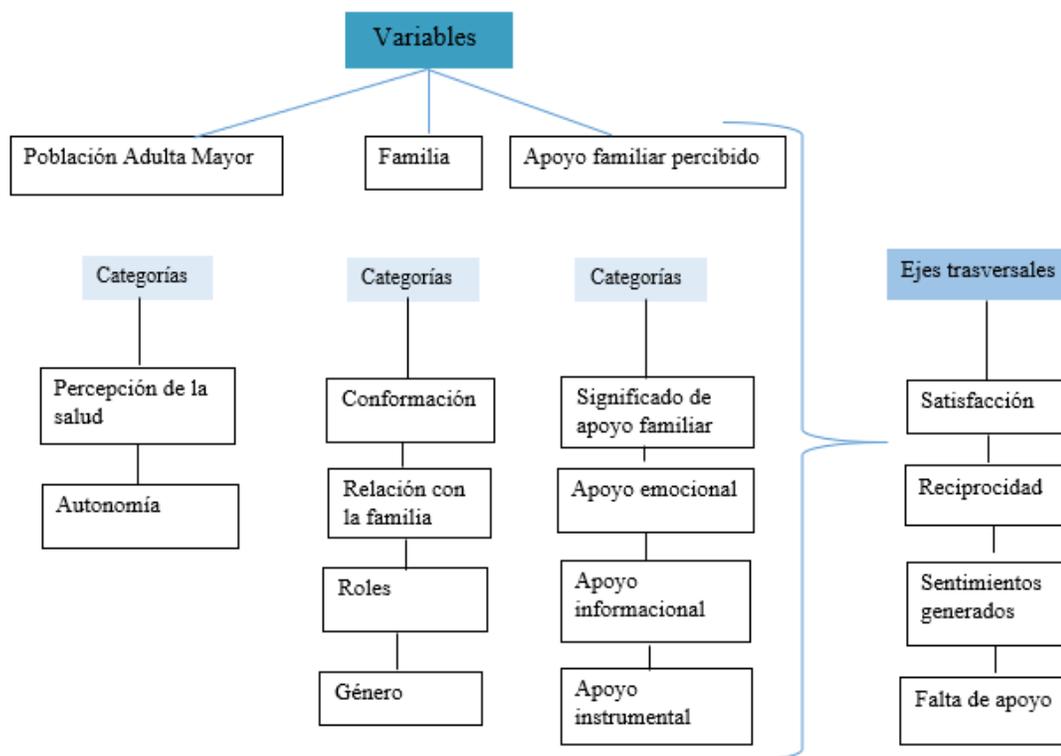


Figura 3: Resultados obtenidos

Fuente: Elaboración propia, 2019.

4.1 Caracterización de los participantes

Participante n°1

Adulto mayor de 73 años; vecino de Cartago; se casó por primera vez y se divorció, después de ello se casó con su segunda esposa, la cual falleció, por lo que actualmente se encuentra viudo. Tuvo 5 hijos (3 hombres y 2 mujeres) con la primera esposa. Padece de hipertensión arterial y también, le diagnosticaron diabetes. Actualmente vive con una hijastra, el esposo de ella y un hijo de ambos. Él considera que su familia son los 3 hijos de la segunda esposa y menciona que la relación con estas personas es muy buena.

Participante n°2

Adulta mayor de 74 años; vecina de Cartago, es viuda desde hace 5 años. Menciona que no padece de ninguna enfermedad, sin embargo, después de la muerte de su esposo refiere haber presentado episodios de vértigo, relacionado con el proceso de duelo en el que se encontraba. Tuvo 4 hijos (2 hombres y 2 mujeres), actualmente vive sola, pero comenta que sus hijos viven cerca, que están pendiente de ella y tienen un rol en las noches para dormir con ella. Refiere que posee buena relación con su familia; así también considera de suma importancia la espiritualidad, ya que, hace mucha referencia al agradecimiento con Dios sobre lo bueno que pasa en su vida.

Participante n°3

Adulta mayor de 70 años, vecina de Cartago, viuda. Menciona que padece de “dolor en los huesos y en las piernas”; pero que no presenta ninguna enfermedad específica. Tuvo 3 hijos (2 hombres y 1 mujer), actualmente vive con el mayor de ellos; indica que dos nietas, se turnan en las noches para quedarse a dormir con ella, ya que estas viven cerca (a 3 casas). Indica que posee un apoyo adecuado de su familia, a pesar de que uno de sus hijos viven en San José; hace referencia a la espiritualidad y a la importancia de Dios en su vida.

Participante n°4

Adulta mayor de 76 años, vecina de Cartago, divorciada. Comenta que padece de “colesterol alto”. Tuvo 7 hijos (5 mujeres y 2 hombres); en la actualidad vive con una de sus hijas, la cual se divorció hace dos años y después de ello se quedó viviendo con ella, la misma tiene 3 hijos (una adolescente de 18 años y gemelos de 8 años). Menciona que la relación con ellos es buena, pues indica que la consideran “la mamita consentida”; además indica que es relevante para ella todo el tema de espiritualidad y lo que Dios le da en su vida.

Participante n°5

Adulta mayor de 89 años, vecina de Calle Blancos; viuda. Indica que padece de neuropatía, que se le “duermen” los brazos y que le duelen las piernas, sin embargo considera que su salud es buena. Tuvo 6 hijos (3 mujeres y 3 hombres), refiere que presenta buena relación con ellos, así también con sus nietos, pues estos consideran que ella es la “abuelita más linda”. Actualmente vive con una de sus hijas, la que se dedica a cuidarla.

Participante n°6

Adulto mayor de 74 años, vecino de calle Blancos; viudo desde enero de 2019. Indica que no padece de ninguna enfermedad, por lo que menciona que su salud es buena. Tuvo 3 hijos (dos hombres y 1 mujer), refiere que vive con el hijo menor, soltero. Menciona que presenta buena relación con ellos, y que después de la muerte de su esposa están más pendientes de él y lo protegen mucho.

Participante n°7

Adulto mayor de 76 años, vecino de Calle Blancos; divorciado. Refiere que “padeecía de la próstata” y tuvo cirugía por eso, pero que actualmente solo padece de sinusitis; por lo que considera que su salud es buena. Tuvo 2 hijos (1 hombre y 1 mujer) con su ex esposa y tuvo un hijo en una relación extramarital. Indica que vive con uno de sus hijos. Menciona que tiene una buena relación con los 3 y que estos se encuentran pendiente de él, que le compran ropa y que están atentos de su salud; así también le atribuye gran importancia al aspecto espiritual y al lugar que tiene Dios en su vida.

Participante n°8

Adulta mayor de 75 años, vecina de Calle Blancos. Se encuentra casada, su esposo también asiste al centro diurno. Indica que padece de hipertensión arterial, gastritis y osteoporosis. Considera que su salud no ha sido buena, puesto que desde su infancia ha padecido de reumatismo. Tuvo 2 hijas; reside con su esposo, pero que sus hijas viven cerca de ellos. Refiere que la relación con ellas es buena y que se preocupan mucho porque ellos estén bien y que tengan lo que necesitan.

Participante n°9

Adulta mayor de 89 años, vecina de Tibás, soltera. Menciona que padece de hipertensión y de depresión, para lo cual posee tratamiento. Tuvo un hijo, el cual va a cumplir 60 años. Indica que vive con el hijo, la esposa de él y 2 nietos; menciona que tiene una muy buena relación con ellos, que la quieren mucho y que le demuestran mucho cariño, además de siempre estar pendiente de que no le falta nada de lo que ella necesita.

Participante n°10

Adulta mayor de 82 años, vecina de Calle Blanco, enviudó hace 14 años. Refiere que padece de presión alta, para lo que toma tratamiento y la mantiene estable. Indica que tuvo 5 hijos (2 hombres y 3 mujeres), a pesar de ello, vive sola; menciona que no posee una muy buena relación con sus hijos, pero que con una de sus nueras sí, ella es la que pasa pendiente de estar almorzando con ella, de preocuparse por si se encuentra bien; comenta que la relación con ellos cambió después de la muerte de su esposo. Una de sus hijas vive en Limón, la llama constantemente, que le dice que la quiere mucho, pero que esta es enfermera y que por ello le queda muy difícil visitarla con frecuencia.

Participante n°11

Adulto mayor de 92 años, vecino de Tibás; enviudó hace 17 años, luego de un matrimonio de 50 años. Indica que no padece de ninguna enfermedad, a pesar que posee “situaciones normales para su edad” (no indica cuales), sin embargo considera que su salud es buena. Tuvo 3 hijos (hombres), el mayor de ellos falleció, y los otros dos viven con él. Uno de ellos es soltero y el otro es divorciado. Menciona que el hijo que falleció era el que se preocupaba más por él, el que estaba pendiente de que nada le faltara; sin embargo destaca que la relación con sus dos otros hijos es buena, que no tiene de qué quejarse.

Participante n°12

Adulta mayor de 67 años, vecina de Cartago; soltera, que nunca quiso casarse. Refiere que a los 58 años tuvo un accidente cerebrovascular, el cual le afectó la movilidad de una parte de su cuerpo, también señala que es hipertensa y que tiene diabetes, considera que tiene buena salud, porque después del derrame ha podido llevar una vida “normal”. Tuvo una hija, con la cual vive en la actualidad. Menciona que la relación con su hija, el yerno y los nietos es buena, que ellos pasan muy pendientes de ella, de llevarla a pasear, de que no le falte nada; sin embargo comenta que tuvo una caída y después de ello se sentía “ahogada”, porque más bien la cuidaban de más.

Participante n°13

Adulta mayor de 79 años, vecina de Tibás, soltera. Refiere que presenta glaucoma en el ojo derecho, que es hipertensa y diabética. Tuvo 6 hijos (3 hijas y 3 hijos), refiere que 2 (hombres) de ellos fallecieron. Indica que vive con una de sus hijas, su yerno y 2 nietos. Comenta que la relación con ella es buena, a pesar de que su hija es un poco desordenada y ella es muy ordenada; sin embargo la cuidan mucho y pasan pendiente de ella.

Participante n°14

Adulta mayor de 82 años, vecina de Tibás; viuda. Refiere que padece de “nervios” y vértigo, ambas enfermedades controladas; sin embargo, considera que su salud es “más o menos” (califica con un 7). Tuvo 8 hijos (4 mujeres y 4 hombres), sin embargo, menciona que su familia es la hija con la que vive; aunque destaca que su relación con los otros hijos es buena, que recibe buen apoyo de cada uno de ellos, que siempre la llaman y que la visitan todos los meses.

Participante n°15

Adulta mayor de 87 años, vecina de Tibás; enviudó hace aproximadamente 14 años. Comenta que no posee ninguna enfermedad, porque sus padres “la criaron bien”, solamente destaca que se le olvidan las cosas (pero que es por la edad). Tuvo 3 hijos (2 hombres y 1 mujer), actualmente vive con el hijo menor de ella; destaca que la cuidan mucho, que la consienten, porque su hijo (con el que vive) es “él es más pegado y chineado” con ella.

4.1.2 Datos sociodemográficos

Se entrevistaron a 15 personas adultas mayores, de las cuales, el 73.3 % (n=11) son mujeres y el 26.6% hombres (n=4). El 33.3% (n=5) de los participantes provienen de Cartago, mismo porcentaje (33.3%) de la comunidad de Calle Blancos y un 33.3 % (n=5) residen en Tibás. Con respecto al estado civil de los participantes, un 60 % (n=9) se encontraba viuda o viudo, el 20% (n=3) soltero o soltera, el 13.3% (n=2) divorciado o divorciada y solo una participante (6.6%) casada.

La edad del 60% de las personas entrevistadas oscila entre los 70 y 79 años (60%) (n=9), 4 participantes (26.6%) con edades entre los 80 a los 89 años, una participante con menos de 70 años y una participante con más de 90 años.

De acuerdo con la cantidad de hijos, la totalidad de las personas entrevistadas, tienen al menos un hijo. De ellos, un 40 % (n=6) de los participantes tuvo 3 hijos, el 14.2% (n=2) tuvo un hijo, y el 7.1% (n=1) 4 hijos. Por su parte, el 42.8 % de los participantes restantes (n=6) tuvo 5 o más hijos, hasta máximo 8 hijos que tuvo un participante.

El 73.3% (n=11) vive con al menos un hijo o una hija. Un 14.2% (n=2) viven solas, un participante (7.1%) vive con una hijastra y la familia de esta y una participante (7.1%) vive con su esposo quien también es una persona adulta mayor.

4.2 Análisis de los resultados

4.2.1. Una mirada bajo el sistema conceptual de Imogene King

King (1981) utiliza un enfoque de sistemas, donde estos forman parte de un todo y ninguno puede aislarse de otro; los tres sistemas esenciales desarrollados por la autora son, el sistema personal, el interpersonal y el social, en el cual, en el centro se ubica la persona. La visión tan completa y orientada al saber enfermero que propone esta autora permite realizar un análisis de los resultados de este seminario. El mismo se realiza mediante las variables definidas en los resultados.

En su sistema personal, King (1981) propone una definición de percepción, por lo que se puede entender desde esta teorizante, la manera en que las personas adultas mayores perciben el apoyo familiar.

Asimismo, se comprende desde esta definición, la percepción del estado de salud que las personas adultas mayores mencionaron durante las entrevistas, tema que se desarrolla a continuación.

4.2.2. Persona Adulta Mayor

En este tema, surgieron dos categorías principales: percepción de la salud y autonomía, las cuales se muestran a través de frases representativas de las personas entrevistadas.

4.2.2.1. Percepción de salud: “mi salud es buena a pesar de estos dolores”

La mayoría de los adultos mayores entrevistados (9) califican como “bueno” su estado de salud, se les preguntó en la escala del 1 al 10, cómo perciben ellos su salud y en general la mayoría la calificó con puntajes de 9 y 10:

“Ah no, ando por lo menos en 9, yo brinco y salto, de todo, (risas)” (Participante n°1),

“¿Quiere que sea honesto?, ¡Yo diría que un 10! porque yo realmente no padezco” (Participante n°11).

Según Castaño y Cardona (2015) en el proceso de envejecimiento ocurren modificaciones orgánicas y funcionales, cuya aceptación es relevante como parte esencial de la vida, por ejemplo, muchos de las personas adultas mayores mencionaron que su edad influye en su estado de salud, debido a la atribución de ciertas enfermedades o dolores durante esta etapa en la que viven:

“Para mí casi que entre 9 y 10 porque al estar uno en la edad que yo tengo y sentirme así, verdad.” (Participante n°3).

“...yo digo que mi salud es buena a pesar de estos dolores, porque eso es todo lo que tengo, el azúcar, está en prediabética, me dicen, la presión bien, los

pulmones, bien, el hígado bien, todo, los riñones, si, lo que me afectan son las piernas, pero todo bien” (Participante n°5).

Además de esto, la mayoría de los participantes (n=11) refieren estar a gusto con su estado de salud, esto a pesar de que padecen de al menos una enfermedad crónica o algún dolor, lo cual se asocia en su mayoría a los hábitos y estilos de vida que han tenido durante toda su vida. Dentro de estas enfermedades se mencionaron la hipertensión arterial (7 participantes), diabetes mellitus (3 participantes) y enfermedades del sistema musculoesquelético (4 participantes):

“Si, padezco de presión, de diabetes” (Participante n°12),

“desde las cervicales tengo desgaste de huesos, manos, dedos y los pies” (Participante n°9).

Con respecto a lo anterior, Castaño y Cardona (2015), mencionan que:

El concepto de salud en adultos [población adulta mayor], más que en otros grupos, implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (p. 173).

Hecho que se plasma en los comentarios y aportes del participante n°6 quien señala:

“Qué le puedo decir...yo me siento muy bien gracias a Dios, contenta con mi vida, con mi edad, el señor Jesucristo que mora en mí, me ayuda mucho, me fortalece, me da fuerzas, al rato me alivio, a ratos estoy peor, a ratos mejoro...

pero sí, entonces yo digo que mi salud es buena a pesar de, a pesar de esos dolores”

De igual manera, este concepto de subjetividad se reflejó en las personas adultas mayores que mencionaron estar disconformes con su estado de salud, esto atribuido a dolores crónicos presentes desde la infancia o a un dolor no tratado correctamente:

“Bueno mi salud nunca ha sido buena, porque de niña, yo padezco de reumatismo, desde niña me dolían las piernas demasiado todo el día, me dolían todo el tiempo...Muy deteriorada porque, por ejemplo, por lo menos una vez a la semana vomito. Vomito porque me da, me da, la acidez y estaba tomando protón, pero ya no lo tomo porque eso lo suspenden” (Participante n°8).

Seguido a lo anterior, Castaño y Cardona (2015) destacan que problemas de salud como accidentes o molestia física (dolor) o dificultades de orden emocional como los problemas familiares, la sensación de incomodidad o de no sentirse bien tiene un efecto en la autopercepción del estado de salud en la persona.

Con respecto a esto, King (1983) ofrece un concepto de percepción como la “representación de la realidad en cada ser humano, es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos” (p. 32). La percepción se alcanza con las experiencias sensoriales, perceptuales e intelectuales que cada persona, individualmente, posee, es decir, es subjetiva y personal, es un proceso de transacción de los seres humanos con el ambiente y le da sentido a las experiencias humanas lo cual influye en su conducta (King, 1981).

Es decir, en las respuestas brindadas por las personas adultas mayores se reflejó lo subjetivo que es la salud para cada uno, ya que en su mayoría se encuentra relacionada con la

funcionalidad que poseen en cuanto a la realización de actividades cotidianas, sin dar relevancia a las enfermedades crónicas que padecen o bien a las situaciones emocionales o familiares que deben enfrentar.

Aunado a esto, King (1981) menciona que, en el ambiente interno de los seres humanos, hay una transformación de energía que los capacita para hacerle frente a los continuos cambios del ambiente externo; cada persona adulta mayor tiene una representación propia de la realidad, cada uno decide cómo percibir el estado de su salud. Sin embargo, parece ser que tienen mecanismos intrínsecos para enfrentar los cambios continuos propios de su etapa.

Uno de estos mecanismos, suele ser el componente religioso o fe a un ser superior que la mayoría de las personas adultas mayores posee, la cual se observaba en sentimientos de fortaleza y esperanza ante las adversidades:

“Si, me están controlando todo lo que es hipertensión, todo lo que es azúcar, pero no tengo, estoy limpia, gracias a Dios” (Participante n°3).

De igual manera, Tabloski (2010) menciona que la religión y la espiritualidad pueden ser una gran fuente de esperanza y fortaleza en tiempos de necesidad y de crisis en las personas adultas mayores. Un componente que se destaca en la mayoría de las personas entrevistadas es el mencionado por el autor anterior, el de la religiosidad y el agradecimiento a un ser superior.

Propiamente, los individuos ven la salud como un estado funcional en su ciclo de vida y la enfermedad indica que hay una interferencia en el ciclo, como lo indican Galdston, 1953; Seyle, 1956; Engel, 1960; Henderson, 1966 y Dunn, 1961 (citados por (King, 1981) la importancia de la salud es evidente, ya que influye en sus actividades diarias y su autosuficiencia; todas aquellas personas adultas mayores entrevistadas que catalogaron su salud

con las mejores calificaciones, fue debido a que sus enfermedades no afectan sus actividades cotidianas y de lo contrario, la calificaron como “no tan buena”.

4.2.2.2 Autonomía: “yo soy una persona muy liberal”

Como finalmente se menciona en el apartado anterior, de los aspectos con mayor relevancia en la salud de las personas adultas mayores fue la importancia que le atribuyen a la autonomía.

La mayoría de los participantes comentan tener un grado de autonomía e independencia alto y a su vez éste les genera un grado de satisfacción:

“yo soy una persona muy liberal... pero, digamos a mí me gusta andar sola, mientras digamos, yo puedo, yo ando sola” (Participante n°12).

“digamos, si yo tengo que ir a San José, voy solo, no necesito que de la casa me acompañen, yo ando solo por todo lado...” (Participantes n°1).

Según Martínez (2011), la autonomía o voluntad libre es la independencia del juicio de cada persona para tener control de su propia vida, por ende, la persona tiene potestad de decisión sobre su vida. Muchas de las personas adultas mayores entrevistadas, comentan que ellos y ellas administran el dinero de su pensión, el cual es uno de los aspectos más comentados en cuanto a la autonomía, por ejemplo:

“...pero si yo tengo que comprar un perfume yo lo compro, yo voy a retirar la pensión...” (Participante n°12).

“El día que yo decidí por mi vida, porque la mujer siempre tiene que decidir por sí misma... cuando yo decidí y me vi a un espejo y dije “soy mujer, valgo mucho, no soy una flor marchita en un vaso de agua” (Participante n°4).

Otro aspecto que les permite sentirse independientes es cuando asumen la responsabilidad de su medicación:

“Si, en cuanto a medicamentos, si los tengo cerca, yo me las tomo” (Participante n°10).

Para las personas adultas mayores, el hecho de poder caminar solos o solas, desenvolverse social y cotidianamente en sus actividades y tener control de su vida es una manera de mantener y conservar su salud; además de sentirse que son ellos mismos, debido a que pueden realizar sus actividades de forma autónoma. Respecto a esta realización personal, King al analizar su concepto del yo, lo define como: el conjunto de pensamientos y sentimientos que constituye la conciencia de una persona, que la ayuda a saber sobre su existencia individual, sobre quién y qué es (King, 1984).

Es decir, es un concepto sobre lo que la persona piensa que es y lo que es suyo, en este caso, la persona adulta mayor aduce la autonomía a un aspecto que es muy importante para mantenerse y percibirse a sí mismo como persona independiente y autónoma, con una identidad personal, que es esencial de su vida en la etapa en que se encuentra (King, 1981).

Relacionado a la autonomía y el yo, King citando a Trierweiller (1978) hace mención al concepto de espacio personal de las personas adultas mayores, el cual está ligado con su identidad como persona, con su control del medio ambiente y con su sentido de independencia, de tal forma que una interrupción en el espacio personal puede provocar molestias en la persona.

A través de estos resultados, parece que poseer autonomía, es un aspecto que hace sentir a las personas adultas mayores con un grado de satisfacción alto con respecto a su salud y su vida. Para esto, Martínez (2011) refiere que

La autonomía tiene un papel central para el bienestar emocional y la autoestima en la persona adulta mayor, su percepción se da cuando la persona siente que “sus acciones tienen efecto en el medio que le rodea y, especialmente, cuando éstas le resultan eficaces para conseguir resultados positivos o modificar algo que le causa malestar o no le agrada” (p. 50).

Dicha autora refiere que las familias son un elemento primordial para el bienestar de la persona adulta mayor, ya que puede favorecer la autonomía y la independencia, mediante el apoyo en la integración y participación social. Aunado a esto, Bastos (2009) destaca que las cotidianas quejas de las personas adultas mayores recaen en las ineficientes relaciones e interacciones con el mundo y en la incapacidad de escuchar y de ser escuchados, lo que a su vez repercute de manera directa en su autonomía, provocando de esta manera que en ocasiones la persona adulta mayor sienta limitada en esta.

Con respecto a esto, las personas mayores entrevistadas, refieren que en ocasiones se ven imposibilitados de realizar sus actividades debido a la preocupación y a veces, sobreprotección por parte de sus hijos, usualmente, ocurre posterior a un evento como una caída, lo que genera sentimientos de preocupación que puede volver a pasar, por lo que se vela más por la salud de las personas adultas mayores, consecuentemente, se le limita su autonomía.

Las personas que refirieron limitaciones con su independencia lo relacionan a problemas en su salud que le impide llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, lo que confirma la

relación entre percepción de salud con independencia. Sin embargo, para enfrentar estos problemas, las personas mencionaron un grado mayor de importancia al apoyo familiar que puedan recibir. Martínez (2011) menciona que es necesario que las personas que rodean a la persona adulta mayor, sean familiares o no, identifiquen las capacidades de esa persona para cambiar sus percepciones y a la vez mejorar la forma de relacionarse. Es en el día a día y con los asuntos cotidianos que la autonomía y la independencia adquieren una mayor importancia, además del contacto con las personas que conviven, son los aspectos que facilitan la autonomía e independencia.

Hay que tomar en cuenta que para una atención gerontológica centrada en la persona propuesta por Martínez (2011), siempre debe existir el principio de la promoción de la autonomía y la independencia, participación, e integración social, ya que las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida, y por tanto, a actuar con libertad.

De la fase reflexiva del presente seminario se recalcó la autonomía como eje fundamental en la vida de las personas adultas mayores, dando un consenso general entre los participantes, afirmando la importancia de la valoración de este aspecto por parte de los profesionales en enfermería e incluirlo en todas las etapas de la atención, convirtiéndolo en un eje central para el mantenimiento del bienestar de toda persona y por ende su salud, realizando los ajustes o modificaciones necesarias para ello, coincidiendo con la definición de salud que nos aporta King (1981) al referir que esta se comprende de:

Las experiencias dinámicas en la vida de un ser humano, la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente interno y externo a través del

aprovechamiento óptimo de los recursos de uno para lograr el potencial máximo en la vida diaria. (p. 17)

A través de la información anterior, se comprende por medio de King y de los demás autores que la familia es uno de los sistemas que promueven que la persona, en este caso adulta mayor, se mantenga en óptimas condiciones hablando específicamente en términos de salud, mientras que la familia al ser la principal estructura de una red social y al cumplir funciones como la que menciona Berman et al. en el 2015, es fundamental en la cotidianidad de la persona adulta mayor, es decir, el apoyo familiar percibido parece que puede influir en la percepción de salud en las personas adultas mayores entrevistadas.

4.2.3. Familia

En este eje temático surgieron cuatro categorías principales: Composición de la familia, relación con la familia, roles y género. Mediante las preguntas realizadas, se indagó la conformación de la familia, es decir si tenían hijos, nietos y pareja o cualquier otro miembro que la persona considerara su familia y la relación con éstos. A través de las respuestas dadas, surgieron otras dos categorías: roles y género.

4.2.3.1. Composición de la familia

Para abordar este apartado, se tomó en cuenta sólo a los miembros familiares que las personas adultas mayores refirieron que consideraban como su familia. Dicho esto, la totalidad de las personas entrevistadas tienen hijos e hijas:

“4, dos mujeres y dos hombres” (participante n°2)

“Yo tengo seis hijos, tres mujeres y tres varones y tengo 18 nietos, 17 bisnietos y 1 tataranieto” (participante n°7)

Minuchin (2003), define familia como un grupo social natural, donde quienes lo conforman interactúan entre sí, así también responden a partir de una estructura y organización definida por parte de la sociedad, a través de los roles previamente definidos. Ante esta definición, se considera a la familia como un sistema abierto y primario, un conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí, que interactúan y que contribuyen a un fin determinado.

En este aspecto, todas las personas adultas mayores entrevistadas poseen un sistema familiar con estructura y organización a partir de los roles establecidos; cabe destacar que este sistema fue determinado por ellos mismos, ya que fue la única fuente de información evaluada durante las entrevistas, las personas adultas mayores, además de considerar el lazo sanguíneo esencial para ser parte de una familia, también incluyen a las personas que forman parte de su red de apoyo sin necesidad de contar con vinculación biológica, Minuchin (2003) en su concepto de familia las define como grupo social natural.

Las relaciones primarias se dan con los miembros más cercanos, en muchos de los casos, con los hijos, aunque hay excepciones (Pinazo y Sánchez, 2005):

“tuve 3, pero solo vivo con mi hijo menor, la mayor está en Estados Unidos con su familia, el del medio vive en Tres Ríos y bueno, José y su familia que son las personas con las que vivo” (participante n°15)

Pinazo y Sánchez (2005) mencionan que las relaciones con la familia son llamadas relaciones primarias, las cuales se caracterizan por su naturaleza personal, íntima y emocional. Para varios de las personas tienen una buena relación con la familia es primordial, se basa en que exista un interés por ellos y que sea recíproco por parte de los hijos, que los visiten:

“Buena, porque problemas siempre hay, pero en cuanto a mí, ellos siempre están a la mira mía, ellos me llevan a algún lado a pasear, cuando van a algún lado me invitan (participante n°3),

Para algunas de las personas entrevistadas, una buena relación con la familia se evidencia por medio del cumplimiento de las necesidades de la persona adulta mayor:

“sería esta segunda, porque de la primera, sino, todos son mayores, y con ninguno tengo contacto, solo con una hija y con los de aquí me llevo muy bien, después de la muerte de ella (refiriéndose a su esposa), ellos no quisieron que yo me fuera, me dejaron en la casa de ellos, yo me llevo muy bien con ellos, me tienen mi cuarto, mis cosas, me dan medicinas si las necesito, ellos me dan todo” (participante n°1).

La mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas, refieren tener buena relación con la familia, lo que implica la existencia de lazos estrechos familiares que facilitan la comunicación y la ayuda.

“muy bien, soy muy chineada para ellos, sí, la mamita consentida de todos” (participante n° 4).

Partiendo de la percepción que tienen las personas adultas mayores con respecto a la familia, siendo esta subjetiva y personal, es determinada en gran parte por las experiencias pasadas (King, 1981). Se infiere que la relación existente entre los familiares y las personas adultas mayores o viceversa está definida por experiencias vividas, lo cual indica que el tipo de relación mencionada al momento de ser entrevistados o entrevistadas está sujeta a los hechos relevantes de toda una vida y no solamente al accionar de su familia en el presente.

Con relación a lo anterior, dentro de estas experiencias pasadas, se agregan los patrones de crianza, por parte de la persona adulta mayor hacia sus hijos e hijas, ya que en su mayoría se hace alusión a recibir lo que en determinado momento se dió a la familia, como amor, cariño, cuidado, atención; es decir, se espera recibir el mismo trato durante esta etapa de vida.

Para esto, Ochoa de Alda, (1995) refiere que en esta etapa los roles cuidadores se invierten, siendo los hijos los encargados de hacerse cargo de sus padres o a veces si las condiciones de salud lo permiten, son atendidos por el mismo cónyuge o pareja. Es por esto, que se infiere que en la adultez mayor se refleja en la mayoría de los casos, la relación que las personas adultas mayores crearon con sus familiares.

Por otro lado, King (1984) explica que a partir de las interacciones que se generen entre dos personas, va a generarse al inicio una percepción que conduce a juicios, acciones y reacciones, es así como se determina, en parte, si la relación que existe entre las personas adultas mayores y sus familias es positiva o no, haciendo referencia a lo anterior.

Algunas de las personas mayores expresaron que no tenían buenas relaciones con sus familiares, como el participante (n°8):

“Había mucho conflicto demasiado, pero ya se fueron entonces ahora ya quedé sola y entonces ahora pelea conmigo si yo le quiero decir a ella algo y ella me dice: “ay no, pero es que usted todo lo ve diferente” y yo le digo: “andate vos, no grités, no grités, no tiene por qué hablar así, no me grite” y así la oigo yo y yo no me oigo casi, pero ella sí, con ella yo tengo mucho problema”.

En este caso, la participante no percibió un apoyo adecuado ni se sentía satisfecha con ese miembro de la familia en específico. Por lo que se puede inferir que las relaciones familiares

producen reacciones positivas o negativas de acuerdo a su calidad, asimismo que el apoyo se ve afectado si la persona adulta mayor no considera que la relación es buena.

Una de las personas adultas mayores compartió su experiencia y las dificultades que atravesó en su vida para poder educar a sus siete hijos cuando su esposo abandonó el rol parental y conyugal. Actualmente, ella expresa sentirse satisfecha de la relación y el apoyo que mantiene con ellos; la llevan de viaje, a comer, nunca olvidan su cumpleaños, la llaman frecuentemente, lo que hace referencia al proceso de retroalimentación, en este caso positivo, que se da en el proceso de interacción expuesto por King y es que a través de su desarrollo, la participante logró construir relaciones sanas con sus hijos, siendo esta la transacción definida por King (1981) como el objetivo a lograr durante el periodo de crianza de ella con sus hijos, ahora que ella se presenta en su etapa de adultez mayor, las relaciones efectivas generadas a través de la vida con sus hijos están teniendo efecto en el apoyo que ellos le dan a su madre, es decir, se dio un proceso de retroalimentación positivo.

El éxito en la continuidad en esta etapa de la vida en las personas adultas mayores reside en todas aquellas cosas positivas y valiosas que ellos han sido capaces de transmitirle a sus hijos durante las etapas tempranas del ciclo vital familiar (Ochoa de Alda, 1995).

4.2.3.2. El apoyo familiar como factor determinante de la familia

Surgió un caso particular donde la persona adulta mayor se basó en el apoyo recibido más que en el vínculo de consanguinidad para definir a los miembros o personas que considera como su familia:

“Sería esta segunda, porque de la primera, que va, todos son mayores y con ninguno tengo contacto, solo con una hija, y con mi familia de aquí me llevo muy bien, después de la muerte de ella (refiriéndose a la esposa), ellos no quisieron que yo me fuera, me dejaron en la casa de ellos, yo me llevo muy bien con ellos, me tienen mi cuarto, mis cosas, me dan medicinas si las necesito, ellos me dan todo” (Participante n°1).

Es decir, para la persona adulta mayor, sentir que tiene un lugar donde vivir es fundamental, confirmado en la siguiente frase:

“Bien, es muy cariñoso, vieras usted, siempre fue el más apegado a mí (el hijo), desde pequeño siempre estaba conmigo, los otros dicen que ese hijo es mi favorito y yo siempre les digo que no, pero es que si le digo una cosa, desde que murió mi esposo, fue quien me abrió las puertas de su casa, los demás ni siquiera lo pensaron (participante n° 15).

Berman, et al. (2013), explican que entre las funciones de la familia se encuentran, la protección de la salud de sus miembros, así como la alimentación. En este caso, una de las participantes ejemplifica lo anterior:

“Y conmigo, ella es muy diferente, ella conmigo es muy especial, se preocupa mucho, ella está al cuidado de mí cuando yo estoy enferma, me pasa llamando o ella me da una vuelta cuando yo estoy enferma” (participante n°8).

En 1984, Minuchin y Fishman hablaban que la familia es dinámica, o sea está en constante cambio, por lo que indican que existen varios tipos: familia de tres generaciones, con soporte, con fantasma, entre otras, sin embargo, a través de las respuestas de las personas adultas

mayores participantes de dicha investigación se comprende que independientemente del tipo de familia en el que se encuentren, con pareja o sin pareja, con muchos miembros o no, vinculados de manera consanguínea o no, lo que buscaban era sentirse apoyados, atendidos y acompañados; si dichas necesidades estaban resueltas, las personas adultas mayores sentían dos cosas: tener una familia y un grado de satisfacción alto.

Se infiere que para las personas adultas mayores la conformación y tipo de familia no eran trascendentales para obtener apoyo familiar, sin embargo, se logra apreciar que todas aquellas personas adultas mayores que cuentan con buenas relaciones entre los miembros de su familia reciben apoyo familiar.

Por el contrario, se presentaron dos casos donde se evidencia las relaciones entre los familiares poco efectivas, en éstos, el apoyo se ve disminuido, sobre todo el emocional, ya que los familiares no les prestaban atención, no les brindaban cariño, ni tiempo y la comunicación era deficiente, una de las participantes agrega que solo la buscan en días festivos cuando ella en realidad desea que sea siempre, sin embargo, se debe tomar en consideración las relaciones entre participante y la familia previamente para determinar las razones de su actuar.

4.2.3.3. Roles: “dije, soy abuela, no soy mamá”

Otra de las categorías importantes son los roles que pueden ejercerse en la adultez mayor, Pinazo y Sánchez (2005) menciona que los miembros que forman parte de una familia pueden funcionar de diferentes maneras. En el ejemplo siguiente la persona adulta mayor mencionó cuál es su rol en la familia:

“Sí, pongamos yo, yo desde un principio dije, soy abuela, no soy mamá, el deber de corregirlos es de mi hija y mi yerno” (participante n° 12).

Minuchin (como se citó en Soto, 2001), explica que la familia es un grupo de personas que interactúan entre sí a partir de posiciones interrelacionadas y roles definidos por la sociedad de la que forma parte, en el ejemplo anterior se observa que la participante tiene claro el rol a ejercer, en este caso, el de abuela.

King (1984), menciona que el concepto de rol es importante ya que estos permiten conocer las relaciones interactivas y los modos de comunicación, asimismo, identificar al yo en relación del otro y el otro en relación con el yo. La autora lo conceptualiza como el papel que una persona, sea hombre o mujer, adquiere en una determinada relación, momento o situación, anunciado que es similar al mencionado por Minuchin.

Los participantes de la investigación ejercen distintos roles, dependiendo del miembro de la familia con el que interactúan, tal y como lo explica Minuchin (1974), algunos hablaban de seguir funcionando como madre o padre solamente, o le agregan el de abuelas o abuelos. Sin embargo, se presentaba la situación de que, en algunos casos, los hijas o hijos divorciados regresaban a vivir a la casa de los padres, ya en este caso, personas adultas mayores.

En los casos anteriores, el ciclo vital expuesto por Minuchin (1974) no se completa debido a que no se ilustra en su totalidad, ya que deja al descubierto que los hijos al regresar a su casa no están siendo completamente independientes, que constituye una de las funciones de la familia mencionadas por Pillcorema (2013), es decir producir hijos que serán independientes y a su vez formarán nuevas familias con el fin de repetir el ciclo vital.

4.2.3.4. Género y el rol de cuidadora: “Mi hija es la que está más a la mira de mí”

A través de los resultados, se reflejó que, en las personas adultas mayores, quién ejerce el rol de cuidador son las hijas mujeres, por ejemplo:

“Mi hija como es la que está más a la mira de mí porque ella es la que va conmigo a las citas (participante n°3)

Para Scott, 1996 (citado por Sánchez, 2011) “el género es una construcción social que describe la manera en que una sociedad asigna roles a hombres y mujeres por ciertas condiciones biológicas (...) relacionadas principalmente con la parte anatómica y fisiológica, fundamentalmente las funciones reproductivas” (p.50). Para Sosa, 2008 (citado por Sánchez, 2011) “esta construcción social se materializa a través de la repetición de prácticas y modos de actuar cotidianos (masculinos o femeninos) que se desprenden de un marco de valores, símbolos y representaciones que reafirman la diferencia sexual” (p.50).

En congruencia y reafirmando lo anterior, muchas de las personas adultas mayores, reciben cuidado por parte de sus hijas a pesar de que algunas tengan trabajos formales, debido a que socialmente la mujer es la que debe cuidar a pesar de que esté realizando las mismas funciones que los demás hijos varones, por la construcción social, la persona destinada a cuidar es la mujer.

Esto se logra evidenciar en el siguiente comentario del participante n°8:

"Yo vivo con mi hijo y su familia, mi muera es tan linda que siempre me acompaña a las citas, ella me ayuda con los medicamentos y siempre está al pendiente conmigo, es como una hija para mi, siempre ayudándome a pesar de sus hijos y el trabajo que tiene"

Se agregan varios casos donde los hijos sin hijos son los que cumplen dicho papel, como el caso del participante anterior (n°5):

“Vilma es la que vive conmigo, la que no tiene hijos”.

Otro de los ejemplos donde el género influye en quién asume el cuidado de la persona adulta mayor es el siguiente:

“La que me demuestra más apoyo es con la que vivo porque los demás como tienen tanto que hacer, están casados, tienen familia, el trabajo y además que ellos como viven lejos no pueden apoyarme y ayudarme tanto como lo puede hacer mi hija con la que vivo, ella está soltera y bueno, aunque trabaja pues tiene menos obligaciones y puede ayudarme a mí” (participante n°14).

Es sabido que el desarrollo de la sociedad se ha hecho bajo el dominio del patriarcado y la mujer ha ejercido un rol de permanecer en el hogar encargada del cuidado de los hijos, enfermos, personas adultas mayores, etc y realizando labores del hogar.

Este rol se ha transmitido de generación en generación a través del proceso de socialización, por ende, cabe resaltar que los hallazgos en nuestro estudio no son ajenos a este fenómeno y se encontró que gran parte de las personas que brindan apoyo en el hogar a las personas adultas mayores son mujeres, aun cuando la persona adulta mayor ha tenido hijos masculinos y las hijas tengan responsabilidades laborales.

De acuerdo con el análisis de los resultados, todas las personas adultas mayores contaban con un grupo social cercano al que consideraban como su familia, con características como la

organización, interacción y roles establecidos, el cual, para la mayoría de ese grupo, es importante y valioso, en la medida que pueda fungir como una red de apoyo. Se constata que las relaciones familiares establecidas hasta ese momento tienen un vínculo muy cercano con el apoyo familiar; además de ello, son muchos los factores que inciden en la calidad de estas relaciones, dentro de ellos, el cambio de roles entre los miembros de la familia, además de los patrones de crianza de la persona adulta mayor hacia sus hijos o hijas.

Un aspecto que caracteriza a los sistemas familiares de las personas adultas mayores es la importancia de las interacciones entre los miembros, lo cual coincide con el concepto de Minuchin de familia. Para los participantes, es primordial tener contacto e interacción con sus familiares para el establecimiento de interacciones que faciliten la construcción del apoyo.

Las reacciones que se generan posterior a las interacciones se forman percepciones, muchas de las personas adultas mayores explicaban la manera en la que les gusta recibir cariño de parte de sus familiares, unos de manera física y otros no, por lo que se infiere que es el resultado de las características de su proceso de vida y como lo transmitieron a sus más allegados, viéndose reflejado el proceso de interacción expuesto por King.

Otro aspecto importante es el que expone Minuchin (2003), quien indica que entre más flexibilidad hay en los límites establecidos dentro del sistema familiar, existe como consecuencia un incremento en la comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia, por ende, la distancia disminuye (límites difusos), como es el caso de personas participantes que refiere vivir en un medio de sobreprotección. Caso contrario, sucede con las familias donde se suele crear distancia en sus relaciones (límites rígidos), como participantes que refirieron carecer de apoyo familiar.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que en el sistema familiar, al ser cambiante en el tiempo y según las experiencias vividas los límites tienden a fluctuar según las necesidades, lo cual no siempre supone que en los extremos haya ausencia de apoyo familiar o sobreprotección. En este sentido Minuchin refiere que “la familia debe enfrentar de cambios tanto internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad, y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición” (p. 42; 2003). Para esto es importante identificar el grado de resonancia del grupo familiar, el cual podría fluctuar entre el aglutinamiento o por el contrario el desligamiento.

Una gran mayoría de personas adultas mayores comentan que tienen relaciones familiares buenas y sanas, por lo que se explica desde la literatura que se establecieron límites claros en la dinámica familiar; situación que genera satisfacción, apoyo y el cumplimiento de objetivos. (Minuchin, 2003)

Es sabido que, durante la etapa de la adultez mayor, mantener las conexiones con la familia y la comunidad se convierte en una necesidad especial de las personas adultas mayores, la cual, forma parte de las funciones familiares, por las que se debe de velar (Berman, Snyder, Kozier y Erb, 2013); para las personas adultas mayores el hecho que sus familiares están pendientes para colaborarles cuando lo necesiten les causa satisfacción.

En la siguiente figura se muestra como desde las teorías de consecución de objetivos de I. King y la teoría estructural familiar de Minuchin se comprende la familia como un sistema, y como la misma tiene la función fundamental de proporcionar apoyo a sus miembros en los momentos de transición.

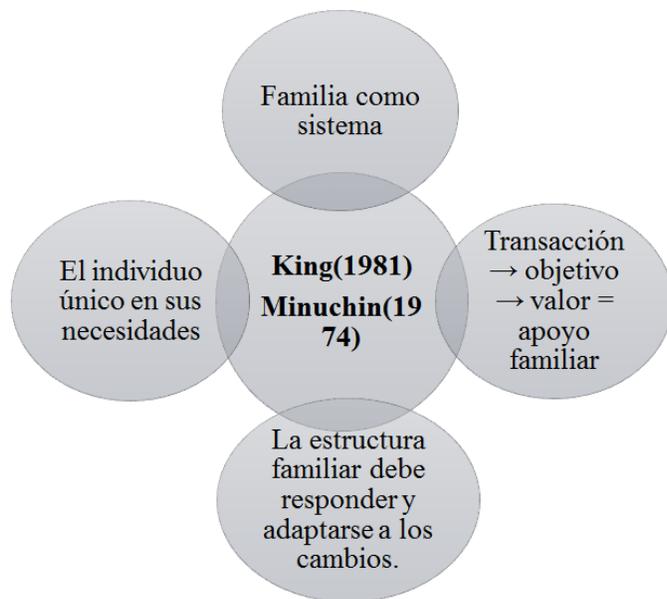


Figura 4: Familia como sistema desde las teorías de Minuchin y King

Fuente:

King, I. (1981) *Enfermería como profesión*. México: Editorial Limusa

Minuchin, S.

(1974) *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

4.2.4 Apoyo Familiar

Con respecto al apoyo familiar, se desglosa en cuatro categorías: significado de apoyo familiar, apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo instrumental.

4.2.4.1. Significado de apoyo familiar: “*como me tratan, como me cuidan*”

Para las personas entrevistadas el apoyo familiar consiste en las actitudes y las acciones de sus familiares hacia ellos y ellas, como el trato, el cuidado, el hecho de estar pendientes, la prestación de interés, expresión de sentimientos y acompañamiento, por parte de sus hijos, quienes figuran como los principales que brindan apoyo familiar.

“yo como apoyo familiar, veo como ellos me tratan, como me cuidan, ellos están pendientes de mí todo el tiempo” (Participante n°1).

La mayoría de las respuestas de los participantes, están dirigidas más hacia la prestación de atención, interés, y la expresión de sentimientos:

“Para mí es que saquen un ratito para uno, que lo atiendan a uno, conversar... es muy bonito para uno, que le pongan atención, no lo material, yo digo que para qué van a llegar con un regalo, un ramo de flores si ni atención le ponen a uno” (Participante n°4).

King (1981) propone algunos conceptos dentro de su sistema interpersonal que se pueden reflejar en las respuestas obtenidas. Por ejemplo, las interacciones humanas, las define como “los actos que ocurren entre dos o más personas en presencia mutua” (p.93). Estas son necesarias debido a que van a determinar en gran medida la dinámica familiar y, por ende, el significado de apoyo familiar

En el sistema social, King (1981), establece que la familia es el primer grupo social al que la persona pertenece, además, proporciona un proceso inicial de socialización al individuo. De acuerdo con esta teorizante la herencia biológica donde se nace crece y se desarrolla, determina las experiencias y el aprendizaje que influirá en la conducta de las personas.

Para King (1981), la familia como sistema social tiene ciertas características estructurales y funcionales. Para esto, Berman, Snyder, Kozier y Erb (2013) menciona que una de las funciones esperadas de la familia es brindar apoyo, comprensión, estímulo a través de cada etapa que cada miembro de la familia atraviese, a su vez que sus miembros tengan conciencia que cuentan con el apoyo de su familia.

Coincide Minuchin (1974) con respecto a la función psicosocial fundamental de la familia, el cual es apoyar a sus miembros. Se puede evidenciar cómo las personas adultas mayores tienen conciencia de lo que pueden recibir y que cuentan con apoyo de su familia, de sus hijos e hijas, principalmente, lo cual se ve reflejado en el significado de apoyo familiar que las personas adultas mayores perciben.

Una participante se refirió al concepto como la ayuda brindada en los momentos requeridos para realizar las labores de la vida diaria, define que es un recurso muy importante para la etapa la que se encuentra:

“Para mí ahora en este momento, antes no porque yo era muy independiente, pero ahora yo dependo de mucho, no me puedo agachar. Yo ahora digo si me caigo yo no me puedo parar sola, yo necesito mucho. A veces hay una ropa afuera y yo quisiera meterla, pero no hay nadie... Digamos que yo ocupo ayuda para subirme al bus mi hija ayer me ayudó a subirme al bus y era altísimo el bendito bus” (participante n° 8).

En caso de alguna situación especial que requiera ayuda, además se dirige más que todo a los hijos:

“es importantísimo por ejemplo cuando uno está enfermo cuando uno necesita algo, que los hijos se hagan presentes, o sea la presencia e interés de los hijos” (Participante n°8).

Aunado a lo anterior, Santos (2009), refiere que en el envejecimiento existen cambios físicos, producto de la disminución progresiva del funcionamiento biológico, y que llevan a que se pierda paulatinamente autonomía y se amplíe su necesidad de dependencia, en ese caso la

persona adulta mayor depende en mayor medida de la ayuda de su familia y el entorno más cercano, asignando un grado mayor de importancia al apoyo familiar.

El sentido de satisfacción con el apoyo percibido influye en la percepción del significado de apoyo familiar, reflejado en los siguientes comentarios:

“muy bueno” (Participante n°1).

“Para mí, es muy bueno tener el apoyo familiar porque, en el caso mío si yo no tuviera el apoyo de alguno de ellos, diay, sería mi vida yo creo que muy sola” (Participante n°3).

De acuerdo con Huechan y Roque (2009) durante la etapa de la vejez, una de las fuentes más importantes de cuidado es la familia, esto mediante la transferencia de tiempo, lo que propicia la satisfacción de las necesidades de cuidado personal o también mediante las transferencias económicas que ayudan a solventar ciertas necesidades. Las autoras mencionan que para América Latina, la transferencia de apoyo familiar en el envejecimiento es a través de la ayuda directa (tiempo) para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, ya sean funcionales como instrumentales.

También se destaca los sentimientos generados por el apoyo familiar percibido:

“eso se siente uno como te dijera como alegría, lo mismo con ustedes cuando llegan y tienen ese ratico para uno” (Participante n°4).

La mayoría de los sentimientos generados fueron positivos para las personas adultas mayores. Sin embargo, se presentaron casos contrarios a estos:

“Entonces yo paso, pero no mucho rato, porque yo sé que yo estoy estorbando (Participante n°10),

Esta misma participante menciona que experimenta sentimientos positivos al recibir apoyo de algunos de sus familiares sin embargo es lo menos común:

“yo me siento feliz, ganas de llorar y todo, me emocionó, pero pocas veces tengo ese logro...” (Participante n°10).

En contraste se evidencia que existe ausencia de apoyo en algunas personas entrevistadas:

“porque yo con ella no tengo apoyo de nada” (Participante n°10).

No obstante, también se demuestra la reciprocidad de apoyo por parte de la persona adulta mayor:

“cuando ella se quedó sin trabajo yo le ayudaba, yo cocía y le ayudaba haciendo manualidades y todo ... y ella me decía: mami, no tengo para los pases y le decía, que pida prestado y yo aquí le doy. Y la mandaba en taxi, porque con carga no podía irse en bus, pero digo yo... tan rápido ellos olvidan todo lo bueno que uno hace por ellos” (Participante n°10).

Se puede observar una contradicción en la reciprocidad del apoyo familiar por parte de la participante n°10, debido a que esta refiere no recibir apoyo y a su vez se percibe cierto grado de apoyo por parte de los miembros familiares. Partiendo de la teoría, las personas adultas mayores tienen diferentes necesidades y la satisfacción o no de estas, comprometen la percepción que las mismas tengan del apoyo familiar percibido. Por ende, se observa mediante

los comentarios de la participante n°10, su necesidad de apoyo emocional, la cual no está satisfecha con los miembros familiares y por lo tanto, refiere no recibir apoyo familiar de manera recíproca, es fundamental recalcar que a pesar de que la persona adulta mayor no perciba apoyo, los familiares pueden creer que si están dándolo, por eso es que debe de estar presente la comunicación y que esta sea efectiva, de manera que las necesidades de ambas partes sean realmente escuchadas y valoradas para que así también exista el componente de reciprocidad.

No obstante, sus familiares sí le brindan apoyo de una manera diferente, por ejemplo, en el aspecto económico.

La reciprocidad es uno de los aspectos que Dolan, Canavan y Pinkerton (2006) describen como cualidad de apoyo dentro de las familias, son esos actos mediante los cuales se intercambia ayuda entre las personas, esto ocurre frecuentemente en las familias.

Del análisis se infiere, que para las personas adultas mayores, el apoyo familiar implica un todo, radica en la satisfacción de necesidades, deseos y expectativas que presentan en ciertas circunstancias específicas y en un tiempo determinado. Además, su percepción cambia de acuerdo a la manera en que el apoyo se brinde, las relaciones familiares existentes y el nivel de interés que la persona adulta mayor percibe por parte de su familia.

4.2.4.2 Apoyo Emocional: “hablan conmigo, están pendientes de mí”

En cuanto al apoyo emocional se muestra que uno de los pilares fundamentales en el apoyo familiar son todos aquellos aspectos relacionados con el interés proporcionado a la persona adulta mayor, así como la manera en la cual se demuestra este; para las personas adultas

mayores entrevistadas, el afecto, la atención, acompañamiento, preocupación por ellos, son maneras en las cuales es demostrado este interés y se consideran apoyados.

De acuerdo con Pinazo y Sánchez (2005), el apoyo emocional incluye acciones para compartir sentimientos, pensamientos y experiencias y la disponibilidad de alguien con quien hablar; es decir, es la capacidad de poder expresarse con alguien de confianza en un ambiente de afecto positivo y de pertenencia, donde se incluye también el dominio de las emociones, sentimientos de ser querido, amado, respetado y valorado, y el cual supone un aumento de su autoestima e influye en el mejoramiento del bienestar y de la salud.

4.2.4.3 Afecto y sentimientos generados: “lindísimo, como si uno les importara a ellas”

Castilla del Pino (2009), define que los sentimientos se comprenden como una disposición emocional o un esquema afectivo, es decir, es un instrumento que permite vincularse eficazmente a los objetos mediante un lazo afectivo, lo cual permite una organización y jerarquización de los valores (Balladares y Saiz, 2015).

Balladares y Saiz, (2015) mencionan que la jerarquización de los sentimientos se basa en la valoración de los objetos, si estos son agradables o desagradables, amenazadores o tranquilizantes y esperanzadores, asimismo interviene el afecto y el estado de ánimo. Alguno de los sentimientos más comunes son la pertenencia, la culpa, el respeto, el amor etc.

Como bien lo mencionan las personas adultas mayores durante las entrevistas, el afecto es considerado una de las bases para sentirse apoyados:

“igual en cariño y comprensión (participante n°2)

“ellos son muy buenos conmigo, no en lo material (participante n°3), “(...) ellos me expresan el cariño todo el tiempo, hablan conmigo, conversan conmigo,

están pendientes de mí, todo, todo yo hallo que, es ese cariño”. (participante n°1).

Cabe destacar que la demostración de afecto para la mayoría las personas adultas mayores suelen ser a través de la expresión de sentimientos, así como contacto físico, es decir, abrazos y besos.

Sin embargo, algunos participantes refieren una manera distinta de expresar afecto con palabras:

“nosotros no somos de abrazos, porque yo tal vez nunca lo tuve, porque como le dijera, yo en mi matrimonio nunca lo tuve entonces no no, para nada de esas cosas, entonces yo les digo que los amo que son diamantes que adornan mi corazón y de todo” (participante n°4).

Una de las metas cruciales de las personas adultas mayores con su familia fue sentirse parte de esta, el sentido de pertenencia es un elemento muy relevante, ya que constituye una forma de sentirse queridos y amados por parte de su núcleo familiar y define en gran medida su percepción del apoyo.

Al respecto, Minuchin (2003) afirma que el sentido de pertenencia influye en el sentido de identidad de cada uno de sus miembros, y así aportando a su autonomía y al yo de la persona con respecto a su familia. Se evidencia dentro de los comentarios de apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores, a través de palabras como

“un día de estos me dijo mi hija, a usted lo queremos, y ellos están contentos de tenerme ahora.” (Participante n°6) y *“... se siente lindísimo, no ve que es como si uno les importara a ellas.”* (Participante n°13).

También, se evidencia el amor:

“yo tengo una sobrina que siempre llegan, y me dan un beso, y un abrazo y eso, uno se siente tan bien, es tan lindo cuando le dicen a uno tita te amo, y así son los nietos conmigo.” (Participante n°12)

Si bien es cierto, muchos de los participantes refieren ser afortunados por ser queridos por sus familiares, también, se evidencia el conocimiento de los casos de abandono, tristeza y soledad por parte de los familiares hacia las personas adultas mayores

“yo me siento feliz, ganas de llorar y todo, me emocionó, pero pocas veces tengo ese logro ...me dan un abrazo y un beso cuando cumpla años y también me dicen feliz cumpleaños, o el día de la madre o en navidad, feliz navidad, pero de ahí afuera, nada más, el resto del tiempo sigo sola” (participante 10)

No obstante, se rescata que la mayoría de las personas adultas mayores refieren sentirse queridos y apoyados por sus familiares y resaltan que se sienten bien cuando los familiares les expresa afecto de manera verbal o física.

4.2.4.4 Escucha: tengo confianza para contarles todo

La escucha es distinta a la escucha activa, término que introdujo Carl Rogers. La escucha de manera activa implica escuchar de manera sensible y empática a otra persona, implica el esfuerzo de comprender al otro desde su realidad, lo cual permite y genera vínculos más profundos y fuertes llenos de confianza (Anda, 2015), evidenciado por los siguientes comentarios:

“Sí, con mi hijo él es muy hermético y reservado en las cosas y yo sé que si le cuento algo a él con toda la confianza.” (Participante n°6) y “...a mi hija si, a

las dos yo les tengo confianza a las dos para contarles todo...” (Participante n°5).

No es un mito que las personas adultas mayores por la característica de la etapa de la vida son vulnerables a la soledad y a sentirse desamparados (Zapata, et al. 2015), por ejemplo, una de las participantes refirió la necesidad de ser escuchados:

“muy bien, a mí me gusta mucho hablar, a veces no tengo con quien hacerlo yo necesito que alguien me escuche, eso es muy importante; con mi familia yo no puedo yo no tengo plena confianza de hacerlo.” (Participante n°14).

Esta persona valoró mucho la escucha por parte de la estudiante de enfermería durante la entrevista, ya que en su sistema familiar esta necesidad no era satisfecha, lo cual la hacía experimentar sentimientos de tristeza y soledad, a pesar de sí contar con un grupo social cercano de familiares. Por lo tanto, se evidencia la importancia de interpretar las necesidades de cada persona en particular, en este caso, se puede inferir que existe una falta de apoyo emocional.

La escucha activa es una de las habilidades más apreciadas por las personas adultas mayores, ya sea porque desean expresarse o compartir sus experiencias o historias de vida, por lo tanto, cuando ellos o ellas tienen la oportunidad de hacerlo y que se les escuche de manera atenta y empática, expresan agradecimiento y lo perciben como un acto de afecto o pertenencia al grupo familiar, demostrado con los siguientes comentarios:

“Aquí todas las noches nos reunimos, todas las noches hablamos mucho nosotros, en esta casa y si algo pasara ellos siempre están conmigo.” (Participante n°1) y “Ellos son muy cariñosos, me abrazan y me abrazan, están muy pendientes de mí, me llaman todos los días para hablar y preguntarme cómo

estoy, y ahí yo les cuento todo, como me he sentido y cosas así.” (Participante n°5).

4.2.4.5 Comunicación

Cambria (2016) confirma que durante el proceso de comunicación se transmite más que información, se transmite también elementos profundos como sentimientos y pensamientos que tienen una intención de provocar una reacción en la mente del receptor, siempre se busca generar una retroalimentación que posibilite al receptor aprender y desarrollarse. Un ejemplo claro se refleja en el siguiente comentario:

“Yo calculo que en todo momento me demuestran afecto y apoyo, porque siempre tenemos una buena comunicación, siempre nos llamamos por lo menos dos veces al día.” (Participante n°7)

La cual evidencia la transmisión de sentimientos a través de la buena comunicación.

El proceso de la comunicación se determina como perfecta cuando el mensaje ha sido recibido correctamente y se produce la reacción deseada en el receptor (Cambria, 2016). Una gran parte de los participantes comentan tener una comunicación buena o muy buena con sus familiares:

“Me comunico mucho con mi nuera.” (Participante n°9).

La comunicación no se afecta aún cuando los familiares o seres queridos viven lejos de las personas adultas mayores, ya que lo más importante para ellos es que estén pendientes de mantenerse en contacto con ellos o ellas

“...la que me llama todas las semanas es la que vive en Limón, y me dice mami yo la quiero mucho y me hace mucha falta, yo siempre le digo que me hace falta, pero como vive tan lejos no puede visitarme por el trabajo, ella no puede estar viniendo.” (Participante n°10).

La mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas, comentan recibir atención y tener personas con las que pueden comunicarse cuando lo necesitan. Los hijos y nietos son los miembros más involucrados en los procesos de comunicación con las personas adultas mayores entrevistadas. Por otro lado, aquellas que refirieron contar con poco o ningún apoyo familiar, afirman tener, aunque sea una amistad con quién hablar.

La demostración de apoyo se da de forma variada, ya que, dependen de las transacciones que se realizan dentro de la dinámica familiar y las diversas circunstancias. Sin embargo, el patrón más común en las personas adultas mayores fue a nivel emocional, a través de transacciones de afecto (verbal y físicamente), sentido de pertenencia, expresión de sentimientos, alguien de confianza para hablar, escucha, interés, preocupación, atención y acompañamiento.

4.2.4. 6. Apoyo Informativo

Según Fachado, Menéndez y González, (2013) el apoyo informativo es en el cual se le ofrece información a otras personas para que puedan usarla y hacer frente a las situaciones problemáticas que se les presentan. La información no es la solución, sino que es un medio que le va a permitir a quien la recibe, ayudarse a sí mismo.

Pinazo y Sánchez (2005) menciona que este es un tipo de apoyo social, basado en aconsejar, guiar, sugerir o proporcionar información útil a otra persona, considerando que la

información que se ofrece, al igual que lo indican. Fachado, Menéndez y González, (2013), ayuda a resolver los problemas que la persona tenga, o pueda tener.

Es a través de transacciones entre los miembros de una familia, que permite conducir a acciones de apoyo real mutuo, por ende, cabe afirmar que muchas de las personas adultas mayores reciben un apoyo que es objetivo, ya que, refieren que sus familiares le brindan apoyo a la hora de facilitar información o consejo.

En su mayoría, las personas adultas mayores que fueron entrevistadas acuden a sus hijos, hermanos o amigos, cuando necesitan información de algún tipo, por ejemplo:

“Diay, la información toda es mi hija, porque es la que más recurro, a ella o a las chiquillas porque yo necesito que me informen... (Participante n°3)”

“bueno a Pedrito, Pedrito es muy bueno y me da la confianza de hacerle preguntas, la noche anterior estábamos hablando y se me ocurrió preguntarle sobre la explotación con la cual dicen que se creó el universo y las estrellas y todo, y vieras mamita, duramos hablando como hasta las 12”. (Participante n°15)

Además, otra persona adulta mayor comentó cuando se le preguntó:

“Aaah sí, con mi hija sería, ella es la que me informa” (Participante n°6).

Así también, es de relevancia considerar, que solamente una persona adulta mayor, respondió que él utiliza el internet, para buscar información que necesita, antes de acudir a sus hijos o familiares:

“Bueno tengo tantas amistades, pero yo acudo mucho a internet para buscar qué es lo que necesito” (Participante n°7).

4.2.4.7 Apoyo Instrumental: *“ellos me dan todo”*

Cuando en temas de apoyo respecta, hablar de apoyo instrumental, es hacer referencia, según lo señala Arriagada (2012), a esa ayuda que se brinda o se genera hacia las personas adultas mayores que puede ser material o de servicios, con el objetivo primordial de satisfacer las necesidades propias de cada uno, en aspectos tales como: alimento, vivienda, vestidos, labores domésticas, transporte; así también, en el apoyo, el cuidado y el acompañamiento que se les brinde. Es necesario considerar a su vez, que todo es orientado a mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor.

Asimismo, Salinas, Manrique y Téllez (2008) hacen referencia a ese apoyo que puede ser de transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado. Pinazo y Sánchez (2005) coincide con estos y hace hincapié en la provisión de bienes materiales, servicios o ayuda económica por parte de otra persona a quien lo necesite.

En relación con este tipo de ayuda, las personas entrevistadas señalan que el apoyo económico, la provisión de artículos de cuidado personal, y la alimentación son los principales, asimismo como ayuda en la medicación, transporte y acompañamiento a citas médicas:

“yo me llevo muy bien con ellos, me tienen mi cuarto, mis cosas, me dan medicinas si las necesito, ellos me dan todo” (Participante n°1).

“Muy bien, uno me paga el hogar, aquí, el otro me paga la buseta y los otros, el otro me da 100.000 peso” (Participante n°5).

Pinazo (2005) menciona que este tipo de apoyo es de tipo objetivo, se explica mediante la existencia de interés, por parte de los familiares en apoyarles de manera material.

4.2.4.8. Sobreprotección: “no me dejan salir sola”

En ocasiones puede suceder que en el deseo de ofrecer el cuidado, se incurra en acciones de sobreprotección que limiten la independencia y autonomía de la persona adulta mayor. De acuerdo con la Fundación UNAM (2012), la sobreprotección corresponde a poner un límite o colocar un obstáculo en el desarrollo de una persona, donde se le dice indirectamente que no puede hacerlo por sí mismo.

Una de las participantes comenta sobre la sobreprotección que experimenta por parte de su hija, y que ella lo percibe como un problema:

“entonces hoy en día, mi hija la que vive conmigo más bien me protege mucho, a veces más bien, como te dijera, las discusiones son por eso, porque yo le digo: “pero si yo puedo”, a veces llegaba una muchacha a ayudar, que hasta una gota de agua “no porque mami se cae”, que si ella sale que mami quede bañada, a veces le digo: “pero, si yo no soy una chiquita”, entonces me dice: “no mami, me da miedo que usted se caiga en el baño”, no me dejan salir sola, no me dejan ir sola al banco” (Participante n°4).

Asimismo, otro participante refiere la limitación o privación que experimenta por parte de un hijo:

“iba a ir a San José, pero para ellos es preocupante verdad, de que yo ande solo, pero yo no ando en zonas, bueno ahora hay peligro en todo lugar, pero, si por ese lado me tienen un poquillo privado” (Participante n°6).

“con el fallecimiento de mi esposa me tratan más bien de protegerme mucho, verdad, yo salgo con mi hijo y ya, salgo en la noche a hacer cualquier cosa, hay una subidita (porque ya el año pasado me caí) entonces están con ese temor de que me vaya a caer, yo me siento bien” (participante n°6).

En estos casos, la persona mayor percibe que se siente con la capacidad de realizar sus actividades diarias, sin embargo, son limitadas a realizarlas por el sentimiento de sus familiares que no puede hacerlo o para evitar alguna complicación que se pueda generar.

Tabloski (2010) menciona que en el momento que a la persona mayor se le cuestione su capacidad o competencia para cuidar de sí mismo y de tomar decisiones, su autonomía e independencia se ve gravemente lesionada. Es decir, se afecta uno de los pilares fundamentales en la persona adulta mayor para el mantenimiento de su bienestar y el envejecimiento activo como lo es la autonomía.

Asimismo, refieren que cuando fallece un integrante de la pareja adulta mayor, el que permanece con vida, muchas veces pasa a convivir con uno de los hijos o hijas, los cuales deben procurar que envejecan de una manera activa y el mantenimiento de relaciones furtivas con redes informales y de esa manera favorecer su autonomía y disminuir la dependencia. Es necesario superar un modelo de pensamiento donde se interpreta a la persona adulta mayor como pasiva y trascender hacia la promoción de las relaciones sociales, la competencia social, la participación y la productividad en esta población (Instituto Internacional de Estudios sobre

la Familia, 2013) con el fin de promover el envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

4.2.4.9 Preocupación:” ellos están a la mira mia”

El envejecimiento es un proceso normal de la vida, Tabloski (2010), expone los cambios que se dan en esta etapa de desarrollo y aquellos más evidentes son los físicos y los psicológicos. Los cambios físicos son marcados por el fenómeno de senescencia, es decir, el deterioro progresivo de los sistemas corporales que vulnera a los individuos o incrementa el riesgo de mortalidad.

Uno de los sistemas corporales que se deterioran con facilidad es el musculoesquelético, hay una pérdida de la fuerza que facilita la deambulación segura y de esta manera evita lesiones o caídas:

“están al cuidado que no me vaya a caer” (Participante n°5).

Por ende, es usual que aquellos que cuentan con apoyo familiar, los miembros de ella, se encuentran pendientes del estado de salud de las personas adultas mayores.

“Y conmigo ella (hija) es muy diferente, ella conmigo es muy especial se preocupa mucho, ella está al cuidado de mi cuando yo estoy enferma, me está llamando...” (Participante n°8).

Asimismo, se evidencia que los familiares se encuentran atentos de las necesidades que tienen las personas adultas mayores, como se ejemplifica a continuación:

“que si necesito algo ellos están pendientes, si, y así me están llamando por teléfono, cuando no me llaman tal vez por el trabajo o por otra cosa yo los llamo

“ay mamacita, te iba a llamar” dice, “no te preocupes mi amor, yo te llamo si no me llamas” (Participante n°5)

Se observa que gran parte de las respuestas asociadas a la preocupación por parte de los familiares, hacen referencia al estado de salud de las personas adultas mayores:

“ellos están a la mira, porque padezco como muy de comelona, entonces ellas están a la mira, de que, por el azúcar, de que, por la presión, de que, por el cáncer, todo eso, entonces ellos están a la mira, que de lo que coma” (Participante n°8).

En el apoyo instrumental, se muestra el aspecto de la reciprocidad en el siguiente ejemplo:

“¡por supuesto! la preocupación, el problema de ellos también es problema mío, son mis hijos, si ese es un problema, a pesar de que no son míos porque no hay una dependencia total, son mis hijos” (Participante n° 11).

Por otro lado, en lo económico se ejemplifica también:

“entonces yo no puedo ser jodida, de esconder las cosas, yo tengo que colaborar también” (Participante n°4).

Las actitudes y valores mostrados por parte de la persona adulta mayor indican reciprocidad

“yo los quiero mucho, porque deay, eso me genera a mí, el respeto, todo lo que yo les brindo y ellos me brindan a mí” (Participante n°1).

4.2.4.10 Acompañamiento: “Para mí es mucho, que ellos me están acompañando”

El acompañamiento es valorado de manera positiva para las personas adultas mayores, además, es el apoyo más comúnmente brindado por su familia:

“Para mi es mucho, con solo que ellos me están acompañando, que están al lado mío, que yo llego de aquí, que hacen el café, “mami ya está el café”, aunque yo haya tomado aquí” (Participante n°12)

“mis hijos me acompañan verdad digamos que yo estoy así aquí todo el día en la tarde en la noche...” (Participante, n° 2).

El acompañamiento surge como una demostración de apoyo fundamental para las personas adultas mayores, se da de acuerdo a las necesidades de la persona, durante este proceso se realizan transacciones de afecto y cariño, así también, facilita el desarrollo de confianza y el descargue de la necesidad de tener con quien hablar, lo cual beneficia ambas partes, generando un sentimiento de satisfacción. Por ejemplo, una participante refirió vivir sola, el acompañamiento se demostraba por medio de la acción propia de acompañar, es decir, el acompañante estaba presente durante las noches y varias horas en el día.

Por otro lado, el acompañamiento de manera ocasional, es decir, cuando se ejerce en alguna actividad específica, como una cita médica, generalmente, no promueve que se establezcan grandes cantidades de transferencias de afecto y cariño, y más bien prevalece el apoyo de tipo informacional e instrumental.

La integración social es uno de los aspectos que fueron mencionados como parte del apoyo familiar, Santos (2009), describe que “la existencia de redes sociales facilita la

integración social de este grupo poblacional y garantiza el ejercicio de su ciudadanía activa” (p. 166), un ejemplo de lo anterior se demuestra a continuación:

“Ellos no me dejan afuera... muy bueno, mi nuera, ella tiene muchas, muchos sobrinos, hermanos, primos, a la mamá ya el papá se le murió, está la mamá, entonces ella me dice tita, vamos... tita, ella también me dice tita. Entonces me dice tita, vamos a ir a tal parte, procure estar lista... vamos a ir a un evento”
(Participante n°9).

En este caso la familia facilita la inclusión de la persona adulta mayor como parte de esta y en la sociedad.

Asimismo, King (1981) menciona que la familia es un pilar para la integración social, como en el caso de las personas adultas mayores entrevistadas que asisten a los diferentes centros diurnos, una manera también de integrarse a la sociedad.

4.2.4.11. Percepción de ausencia de apoyo familiar

Aunque en la mayoría de las personas adultas mayores entrevistadas se evidencia la presencia de apoyo, surgieron casos donde el apoyo es escaso o nulo:

“es que como yo no tengo apoyo familiar, no sé. Yo puedo estar mal con diarrea y vómito y a la que le corresponde cruzar la terraza para ver ¿por qué no me levante o no salí para venirme para acá? Es la que está ahí a la par, pero ella (la hija) no lo hace” (Participante n°10).

Existen situaciones donde se puede propiciar la falta de apoyo familiar, por ejemplo, cuando no poseen familiares, o si los poseen, los mismos no pueden ayudarlos, porque viven lejos, por falta de recursos económicos suficientes, porque ellos también necesitan cuidados o porque la demanda de ayuda excede sus posibilidades o que, sí tienen familiares, pero no los ayudan por razones de una relación conflictiva/deteriorada o la generación de perjuicios Huenchuan y Roqué (2009).

Sin embargo, también existen algunas limitaciones de tipo geográfico para recibir el apoyo familiar, que significan un problema para la persona adulta mayor:

“pues, que me llamara, yo cuando la hija de Limón viene yo converso con ella y yo le digo es que aunque vos me llames, estás muy largo y si yo quisiera que me dieras algo, estas muy largo y no me lo podés traer, pero bueno puede llamar a un nieto y decirle, llévele a mami tal cosa que quiere” (Participante n° 10).

4.2.4.12. El Apoyo familiar desde el proceso de interacción humana

Del análisis de la percepción de apoyo familiar, surgió que para las personas adultas mayores el apoyo familiar es demostrado de diferentes maneras, de acuerdo al contexto y generalmente se puede brindar en cualquier momento. Se da a partir de las interacciones que ejercen con quienes ellos consideran su familia y se demuestra desde la ayuda para la satisfacción de las necesidades básicas hasta el cariño, trato, afecto y acompañamiento que reciben. Lo perciben como algo especial e importante para ellos. Además, es un aspecto que no solo se recibe, también, ellos pueden transmitirlo a sus familiares de manera recíproca.

Desde la teoría de King (1981), se puede observar cómo sus supuestos son reflejados, con las percepciones de las personas adultas mayores del apoyo familiar. En primer lugar, se destaca el elemento de la interacción que debe existir entre persona a persona para que haya un intercambio de energía y una relación (persona adulta mayor con su familia).

Desde el proceso de interacción humana de King (1981), este se inicia con las percepciones de cada uno de los participantes (persona adulta mayor y familia), las cuales van a generar un juicio, este va a influir de manera representativa en las acciones, que a su vez generan reacciones, como los sentimientos, el grado de satisfacción y la reciprocidad entre sus miembros y quienes conforman su familia.

El proceso de interacción humana descrito anteriormente conduce a transacciones, que siempre llevan a una meta u objetivo que tiene un valor para los participantes, es decir, el apoyo familiar, el cual se traduce en las acciones de apoyo referidas mayormente, (trato, cuidado, el hecho de estar pendientes, la prestación de interés, expresión de sentimientos y acompañamiento).

Estas a su vez, son diferentes en cada persona, ya que, es producto de su percepción, y es de acuerdo a las necesidades, deseos, valores y expectativas de la persona adulta mayor con su familia, los cuales, durante el proceso de interacción, las mismas son dadas a conocer mutuamente.

Por ejemplo, se presenta el caso de una persona adulta mayor que tiene dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria y con problemas económicos, a través de la interacción de la persona con su familia, en el que influyen elementos como la comunicación verbal y no verbal para intercambiar información, la situación se da a conocer a la familia y a partir de ahí,

se puede establecer los objetivos. Es mediante las transacciones, en este caso, que la persona recibe el apoyo requerido, lo cual era la ayuda en las labores diarias y el aporte económico.

A partir de los resultados obtenidos, se presenta un esquema que grafica el proceso de interacción humana de I. King para este seminario:

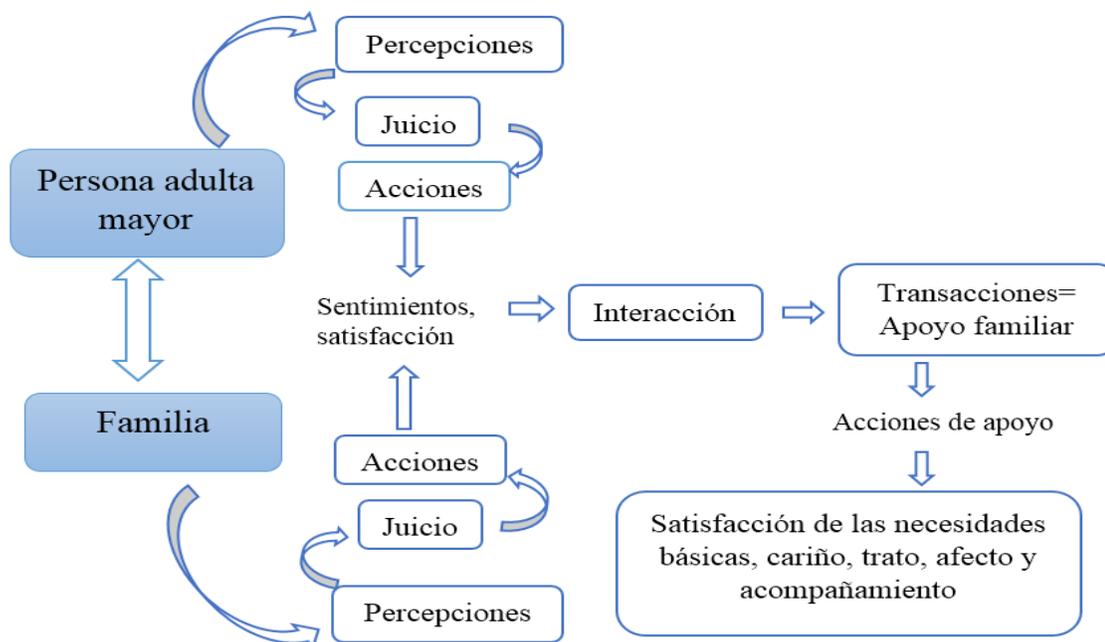


Figura 4: Esquema del Apoyo Familiar desde proceso de Interacción humana de I. King.

De acuerdo con lo anterior, se puede inferir que el apoyo puede cambiar en el tiempo, por lo que no es estático y puede transformarse de acuerdo a las necesidades de las personas adultas mayores, ya que, las mismas son cambiantes de acuerdo con las circunstancias, como la edad o la aparición de una nueva enfermedad, por ejemplo.

El tiempo es un elemento importante en esta reflexión, en el sentido que de acuerdo con King (1981), implica siempre un cambio de un estado a otro, la vida implica procesos continuos

de cambios donde, el tiempo se mueve entre el pasado, presente y futuro, así también, una secuencia de sucesos hacia el futuro, pero influenciados por el pasado.

Debido a esos movimientos de sucesos a través del tiempo es que se originan cambios en la vida de todas las personas, incluyendo sus necesidades, deseos y expectativas. Es bien sabido que la etapa de la adultez mayor suscita muchos cambios a nivel social, familiar y funcional, por lo que el tiempo para las personas adultas mayores adquiere una mayor relevancia.

La teoría estructural familiar de Minuchin (1974) destaca que el individuo no es un ser aislado, más bien, es un activo y reactivo de grupos sociales, lo cual, lo hace único en sus necesidades, mismas producto de la interacción de la persona con el medio que le rodea. Además, afirma que la sociedad está en un constante cambio, y por ende, la familia y cada uno de sus miembros, por ser un sistema abierto en transformación, cambian de acuerdo a la misma.

King (1981), coincide en la importancia del contexto en la persona, reflejado en los tres sistemas que propone, el personal, interpersonal y social, los cuales, cada uno tiene sus características, pero interactúan de manera interrelacionada para formar un todo. Es decir, no se puede analizar el sistema personal sin tomar en cuenta la influencia que ejercen los demás sistemas.

Además del contexto actual de la persona, es importante tomar en cuenta sus experiencias pasadas, este fue un elemento que resaltó en la percepción de apoyo familiar, de acuerdo a diversas experiencias sucedidas en la vida de la persona relacionadas con apoyo y patrones de crianza de los hijos, la persona percibe el apoyo familiar.

Una de las participantes cuenta la experiencia en el proceso de crianza de sus dos hijas y las experiencias que tuvieron marcaron la forma de ser de cada una de ellas, mientras una es atenta con el cuidado y atención a su madre, la otra es poco interesada y distraída en el cuidado

“entonces la otra nada más vive pensando en lo que la otra le hizo cuando estaba pequeña, porque ella es la mayor entonces dice que peleaban y dice que yo siempre me iba a lado de ella” (participante 8)

“Ella (hija mayor) me ayuda más que la otra (otra hija)” (Participante 8)

A través de la teoría de desarrollo de Erikson, se comprende la importancia de la reflexión que haga la persona adulta mayor de su pasado, de lo que hizo y no hizo en su vida y de sus repercusiones. A partir de esto, son dos tareas que cumple la persona: si hay satisfacción, se da la integridad del ego, en este caso se refleja que en estas personas existe una mejor percepción de apoyo familiar.

Por otro lado, cuando hay insatisfacción con el pasado, se da la desesperanza. Una de las personas adultas mayores se acercaba a esta situación, a la vez que percibía el apoyo familiar de manera más negativa.

Otro aspecto, es el grado de importancia que le asignan los participantes al apoyo familiar, al considerarlo un elemento de su vida de gran importancia y valor, debido a que se les hace más fácil poder resolver situaciones o conflictos, si cuentan con apoyo. Para esto, Minuchin (2003), hace referencia que la capacidad de una persona para pasar de una situación a otra depende del apoyo que recibe de las personas cercanas.

En esta etapa crucial, se presentan múltiples cambios a nivel social, familiar y funcional que obliga a las personas adultas mayores atravesar por transiciones de este tipo. Por lo tanto,

destaca que es vital que se le proporcione un sistema de apoyo en el seno de la familia para facilitar los momentos de transición. También, a través de King (1981) se puede entender este aspecto, ya que, todas las transacciones que se realizan deben tener un valor para sus participantes y debe ser importante esa meta u objetivo que se desea alcanzar.

En la muestra seleccionada, se logra concluir del análisis algunos factores que influyen en la percepción de apoyo familiar: las necesidades y deseos de los y las participantes, las relaciones con sus familiares, el significado de apoyo familiar, las experiencias pasadas relacionadas al apoyo y a las etapas de crianza de los hijos (as) y la percepción de la salud.

4.2.5. Conclusiones

En cuanto a este apartado, se exponen las conclusiones obtenidas en el seminario gracias a lo realizado en la fase reflexiva y al análisis de la percepción de apoyo familiar por parte de las personas adultas mayores, lo cual se llevó a cabo durante todo el proyecto de investigación.

- Se concluye que, para las personas adultas mayores, la forma de expresar el apoyo familiar es por medio de un trato, cuidado y atención de calidad, interés, espacios para la expresión de sentimientos, ayuda y acompañamiento.
- Generalmente, los hijos e hijas son quienes brindan la mayor parte del apoyo.
- La familia es considerada el primer sistema o grupo social en el que se encuentra inmerso todo ser humano, y donde se forma cada uno de ellos; es por esto, que se encuentra altamente valorado, en este caso por las personas adultas mayores.
- Para las personas adultas mayores la familia no está determinada por el lazo consanguíneo así que personas vinculadas afectivamente al brindar apoyo de calidad son percibidos por parte de la persona adulta mayor como familia.
- La calidad de las relaciones familiares va a determinar en gran medida la percepción de apoyo familiar por parte de la persona adulta mayor. Asimismo, estas relaciones se van a establecer a través de las interacciones que la persona adulta mayor tenga con cada uno de los miembros de su familia.
- Los roles familiares deben estar esclarecidos para un adecuado funcionamiento familiar lo cual permite que exista apoyo familiar de calidad.
- La percepción de apoyo familiar que las personas adultas mayores expresan se va a forjar a partir de las necesidades, deseos y expectativas propias de cada una de ellas, y de la

forma en que las personas que pertenecen a su círculo social-familiar vayan a responder para solventarlas.

- El apoyo familiar funge como un factor positivo a la hora de valorar la percepción de estado de salud en la persona adulta mayor.
- El apoyo familiar es percibido para las personas adultas mayores mediante aspectos emocionales, económicos, tiempo brindado.
- El apoyo familiar constituye experiencias positivas, que le permite a la persona adulta mayor experimentar un grado de satisfacción mayor en el cumplimiento de necesidades, sentimientos gratificantes y un sentido de pertenencia al sistema familiar.
- Por medio de la teorizante Imogene King, se comprende la relevancia que tiene el proceso de interacciones humanas, el cual es base para las relaciones familiares, ya que, a través de estas, se puede determinar qué tan eficiente es el apoyo familiar percibido y el real, por las personas adultas mayores.
- Además, a través de la vinculación de las teorías de Familia de Salvador Minuchin e Imogene King se permite visualizar a la familia como un sistema y como está es un factor que incide en las experiencias de apoyo que vive la persona adulta mayor. Asimismo, la importancia de las particularidades y necesidades propias de cada persona, siempre tomando en cuenta su sistema personal, interpersonal y social.
- Otro aspecto destacable, es la autonomía, las personas adultas mayores lo consideran un eje esencial para sus vidas, se identifica que entre más autonomía posean mayor será el grado de satisfacción percibido en cuanto apoyo familiar.
- Si la autonomía se encuentra presente dentro de las interacciones sociales que se generan en el círculo familiar, la persona adulta mayor siente más libertad e importancia para el

núcleo social, puesto que se resalta la capacidad de seguir en control de sus vidas, lo cual provoca sentido de pertenencia en el sistema social.

- El trabajo de manera interdisciplinaria, por medio de actores importantes como trabajo social y las administraciones de cada centro diurno, permitió un mayor fortalecimiento del presente seminario, al aportar desde otras visiones relevantes aspectos importantes a tomar en cuenta para abordar el fenómeno.

4.2.6. Recomendaciones

- A las instancias académicas, por medio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, continuar promoviendo la realización de investigaciones vinculadas con la población adulta mayor, esto para fortalecer el conocimiento y consecuentemente generar acciones concretas en pro del bienestar de dicha población, así como promover que la atención brindada por parte de los estudiantes de los módulos sea centrada en la familia y en las redes de apoyo, con un enfoque de envejecimiento activo, mediante la utilización y aplicación de teorías de Enfermería, así como teorías que se complementan y expanden la comprensión de cierto fenómeno para su análisis.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial, ya que es fundamental para una atención integral en la población adulta mayor.
- A los centros diurnos, continuar funcionando como red de apoyo para la persona adulta mayor, donde se fortalezca la autonomía e independencia de cada uno de sus integrantes. Asimismo, tomar en cuenta la importancia de la dinámica familiar en las personas adultas mayores, valorar en qué medida la familia funge como red de apoyo para esa persona y en base a eso, tomar las acciones pertinentes según sea el caso. Lo anterior a través de profesionales en salud especializados en el tema.
- Al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, mantener la continuidad y actualización de políticas que fomenten el fortalecimiento y creación de centros diurnos a nivel nacional, así como una mejor difusión de información con sus respectivos objetivos para instar a más personas adultas mayores que asisten a estos.
- A los profesionales que tienen contacto con la población adulta mayor basar su atención en la promoción de la autonomía, eje fundamental para esta etapa.

- A la Caja Costarricense del Seguro Social, impulsar atención gerontológica de calidad hacia el I, II y III nivel, brindada por profesionales capacitados eficazmente teniendo como base la promoción de la salud en la persona adulta mayor.
- A todos los entes contemplados en este apartado, promover el mantenimiento de la persona adulta mayor en su grupo familiar y que éste además sea una red de apoyo efectiva con beneficios recíprocos entre sus miembros.

4.2.4.5. Limitaciones

Una de las limitaciones del presente seminario fue lograr las reuniones presenciales de parte del equipo de trabajo en un momento determinado, esto por razones de trabajo, asuntos personales, estudio y factores geográficos. Para abordarlo fue necesario una adecuada comunicación por medio de redes sociales de comunicación y aplicaciones informáticas como google drive. En cuanto a la fase reflexiva, se convocó a varios expertos en el tema de adultez mayor para un conversatorio sobre el tema tratado, sin embargo, no se contó con la asistencia esperada, lo cual generó que no existieran tantos aportes y opiniones para enriquecimiento de la investigación.

Bibliografía

- Aguilar, R., Alemán, A., Martínez, M., Vega, M., Quevedo, M y Gutiérrez, G. (2009). Caracterización del binomio adulto mayor- familiar de convivencia. *Revista de Enfermería Universitaria*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf>
- Aguilar, Y. Gamboa, Y. (2007). Influencia Sociofamiliar de la Jubilación en las Maestras Pensionadas. (tesis de grado). Universidad de Costa Rica, San José.
- Anda, C. (2015). Escuchar es una Actitud. Escuela de Empresas USFQ. Recuperado de https://www.usfq.edu.ec/sobre_la_usfq/servicios/educacion/escuela_de_empresas/Documents/articulos/ESCUCHAR%20es%20una%20ACTITUD-CAL-Mayo2015ComentANR.pdf
- Alfonso, L., Soto, D., y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 20, n.1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012
- Alvarado, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel, J. C., Vargas, S. & Reynaldos, L. (2017). Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto & Contexto - Enfermagem*, vol. 26, n. 2. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200312
- Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad . *Revista Kairós Gerontologia*, vol.16, n.4. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20024>
- Arriagada, M. (2012). Apoyo emocional, instrumental y material hacia el adulto mayor: una percepción desde los hijos. Concepción, Chile. Recuperado de: http://repositorio.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2021/1/Arriagada_Mellado_Makarena.pdf

- Arroyo, M., y Ribeiro, M. (2011). El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Ciencia UANL*, vol.14, n.3. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40219049011.pdf>
- ASESAM San Blas (7 de junio del 2012). Misión. [Actualización Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/asesamsbc/>
- Badriah, S., y Sahar, J. (2018). Family support in caring for older people with diabetes mellitus: a phenomenology study. *Enfermería Clínica*, 28, 245-249. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862118300779>
- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora un proyecto de investigación*. (7 ed.). Venezuela. BL Consultores Asociados
- Balladares, S. & Saiz, M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 63-71 Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000100007
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Scielo*, 12 (2), 193-197. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242469780_GENERO_VEJEZ_Y_SALUD/link/02cfee780cf2efce87b69806/download
- Bastos, A. (2009). *Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor: una aproximación constructivista*. tesis para optar al grado de magister en gestión y dirección de empresas. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos_a/pdfAmont/cf-bastos_a.pdf
- Berman, A., Kozier, B., Erb, G. y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. (9 ed.). España: Madrid. Pearson Educación.

- Botero, B., Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf
- Briceño, B. M. (2012). La importancia de la divulgación científica. *Visión Gerencial*, (1), 3-4. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4655/465545892001.pdf>
- Cambria, A. (2016). La importancia de la Comunicación Estratégica. Instituto Español de Estudios Estratégico, 1-13. Recuperado [de http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEEE042-2016_Comunicacion_Estrategica_AntonioCambria.pdf](http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEEE042-2016_Comunicacion_Estrategica_AntonioCambria.pdf)
- Casales, M. G. (2015). Elderly people with social networks versus elderly people without social networks: cost-utility analysis from an institutional perspective and from the patient. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 15, 304–305. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113549637&site=ehost-live&scope=site>
- Castaño, D. y Cardona, D., (2015) Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de salud pública*, (2)17, 171-183. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, (14) 3, 365-377. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56032544004>
- Centro Centroamericano de Población (2008) *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Recuperado de <https://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html>

Centro Diurno San Vicente de San Paúl. (s.f). Sitio. Recuperado de <https://cdosanvicentedepau.wixsite.com/sitio>

Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (2011). Política nacional de enfermería 2011-2021. 1ª. ed. San José, Costa Rica.

Colomer, J. L. (2017). Autonomía personal, derechos humanos y democracia: ¿un triángulo demasiado feliz?. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67874/1/Doxa-Especial-2017_11.pdf

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2014). Modalidades: centros diurnos. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/modalidades/>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2014). Fines y funciones. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/fines-funciones/>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2014) Vida sin violencia: Tipos de maltrato. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/vida-sin-violencia/>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)(2013) Mitos y Estereotipos acerca del envejecimiento y la vejez. 2 ed. San José, Costa Rica.

Díaz, L, Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013) La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167. <http://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Dolan, P., Canavan, J. & Pinkerton, J. (2006). Family Support as Reflective Practice. London: Philadelphia. Kingsley Publishers

Eliopoulos, C. (2014) *Enfermería Gerontológica*. Barcelona: España. Kluwer Health

- Fachado, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para Saber de*, 19, 118-123. Recuperado de: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Fernández, T., Ponce de León, L. (2013). Envejecimiento activo: Recomendaciones para la intervención social desde el Modelo de Gestión de Casos. *Revista de Trabajo Social*. 13(1), 87-97.
- Fernández, A., Manrique, A., (2010) Rol de la Enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 9 (2). Recuperado de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.2.107281>
- Figuroa, A., Soto, L., y Santos, N. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&tlng=es.
- Flores, Y. (2018) *Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en adolescentes Institución Educativa N°1174 Virgen del Carmen – Zárate, 2018*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/21451/Flores%20_%20LY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Galindo, B. (1996) *Funcionalidad familiar y su relación con el estado de salud de sus miembros*. Tesis para optar por el grado de Maestría en enfermería con especialidad en salud comunitaria. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/6844/1/1080072454.PDF>
- García, M., García, M., y Rivera, S. (2017) Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de investigación psicológica*, 7(1), 2561-2567. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471917300042>

- Gaudlitz, M. (2008). Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 24(2), 138-142.
- Grove, S., Gray, J. & Burns N. (2016). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica basada en evidencia*. ELSEVIER CASTELLANO.
- Hernández, R., Fernández, c., y Baptista, P., (2014) *Metodología de la investigación*. México, D. F., México: McGraw Hill Interamericana
- Herrera, M. & Kornfeld, R. (2008). Construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación*. Caracas, Colombia: Quirón.
- Huenchuan, S. y Roqué, M. (2009) Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. (2013). *El Papel de la Familia en el Envejecimiento Activo*. Madrid, España. Informe TFW 2013-2. Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)(2018) ENAHO 2017. Población de 60 años y más por grupos de edad según sexo y tamaño del hogar y otros. (documento de Excel). Recuperado de <http://www.inec.go.cr/social/poblacion-adulta-mayor>
- Jiménez, A., Mendiburo, N. y Olmedo, P. (2011) Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 29(2), 317-329. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3882582>
- Jiménez, I. y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Revista electrónica trimestral de enfermería Global*. 17 (49), 1695-

6141. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412018000100420&script=sci_abstract&tlng=es

Kail, R. y Cavanaugh, J. (2011) *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. Mexico, Cengage Learning Editores, S.A. de CV

King, I. (1981) *Enfermería como profesión*. México: Editorial Limusa

Lahuerta, C. Borrell, C., Rodríguez, M., Pérez, K., (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-91.

Landete, Ó. y Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de historia de la psicología*, 21 (2-3), 589-596.

(Ley N°7935, 1999) Ley Integral para la persona adulta mayor. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica, 25 de octubre de 1999.

Limón, M. y Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*. (6), 225-238

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M. Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionarios MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, (5)1, 142-150

Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

Martínez, T. (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Recuperado de <http://www.euskadi.eus/ejgvbiblioteca/>

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, M. y Rodríguez, A. (2012) Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154

- Mesonero, A., Fernández, C., y González, P. (2006). Familia y envejecimiento. Disfunciones y programas psicoterapéuticos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 275-288
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984) Técnicas de terapia familiar. España: Paidós:
- Minuchin, S. (1974) Familias y terapia familiar. España: Gedisa.
- Molina, A. (2002). Los semilleros de investigación y los seminarios. *Uni-Pluri/Versidad*, 2(3):41-56.
- Municipalidad de Goicoechea (2016). Historia del cantòn. Recuperado de <http://www.munigoicoechea.com/index.php/pagina-geografia-poblacion>
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Universidad de Salamanca, Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). ¿Cómo define la OMS la salud?. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Maltrato de las personas mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Temas de salud, Envejecimiento. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Pelcastre, B., Treviño, S., González, T. y Márquez, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300007>

- Pillcorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología Educativa. Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- Placeres, J., de León, L., y Delgado, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
- Puga, D., Rosero, L., Glaser, K., Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1). Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545/4360>
- Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: Séptima edición. Elsevier S.L.
- Ramos, J y Salinas, R. (2010). Vejez y Apoyo Social. *Revista de Educación y Desarrollo*. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf
- Requena, C., López, V., Ortiz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2):61-67. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/56/ESP/13476+5+1275.pdf>
- Rojas, R. (2006). *El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025*. CENDEISSS, CCSS, 14(2). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v14n2/art2.pdf>
- Rosero, L., (2004). *Proyecto CRELES - "Costa Rica: Estudio Longitudinal de Envejecimiento Saludable"*. [diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/creles/publicaciones/documentos_trabajo/crelesi.pdf

- Salinas, A., Manrique, B., y Téllez, M. (septiembre, 2008). *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del programa de oportunidades*. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina. Resumen recuperado de: http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/AdultoMayor_PartelI-3.pdf
- Sáenz, E. (1992). *Función familiar en el seguimiento y control del paciente diabético*. Tesis para optar por el grado de Maestría en enfermería con especialidad en salud comunitaria. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080070869.PDF>
- Sánchez, D. (2005). *Gerontología social*. Recuperado de <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/lib/sibdilibrosp/detail.action?docID=4536635>
- Sánchez, M. (2011). Género y Vejez: una mirada distinta a un problema común. Recuperado de: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/08_Genero.pdf
- Santos, Z.C. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*. Universidad de Colombia, 11, 159-174. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/15310>
- Serrano, J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo. (Informe TFW 2013-2)* Recuperado de: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- Seguí, J.M., Poza, J.L. & Mulet, J. (2015). Estrategias de divulgación científica. Universidad Politécnica de Valencia. Recuperado de <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/53145/Indice%20y%20primeras%20p%C3%A1ginas.pdf?sequence=1>

- Soto, M. (2001). *Una mirada hacia la conceptualización de familia*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, San José.
- Sotomayor, S., (2015). Dimensión teórico-conceptual de la enfermería disciplinar. En E., Reyes (Ed.) *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología*, (pp. 57-73). Sonora, México: El Manual Moderno.
- Tabloski, P.A (2010). *Enfermería gerontológica*. Madrid, España: Pearson.
- Takase, L., Mendes, M., Manoela, M., Modesto, S., y Zunino, R. (2011). La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Latino-Am. Enfermagem* (3)19, 0-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf
- Torres, A. (2003). Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. Tesis para optar por el diploma de especialista en medicina familiar. Recuperado de: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf
- Universidad de Costa Rica. (2003). Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. Consejo Universitario - Unidad de Información
- Vera, M. (2013). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284 - 290.
- Villalobos, M. (2006). Características sociodemográficas de la población adulta mayor e influencia de la participación en procesos de socialización grupal en su independencia social. Pitahaya y Guacimal. Área de salud 3. Región Pacífico Central Costa Rica. 2002, 2003. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional, Heredia
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D.D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Editorial Herder, Barcelona, 1991.

Zapata, B., Delgado, N., Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17 (6), 848-860.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma

Fecha	Actividad
5 y 6 de junio de 2018	Elegir tema, objetivos y director del seminario
7 al 20 de junio de 2018	Coordinación verbal con los tres centros diurnos para ver la anuencia del centro al TFG. Los tres centros diurnos aceptan realizar el TFG con la población adulta mayor.
Agosto 2018	Aprobación del tema y objetivos por la Comisión de Trabajo Final de Graduación
20 al 24 de agosto de 2018	Se llevan las cartas de solicitud a los respectivos centros diurnos
27 al 21 de agosto de 2018	Elaboración de la justificación, introducción y antecedentes nacionales e internacionales
3 al 10 de septiembre de 2018	Elaboración del marco de referencia y envío de avance
10 de septiembre de 2018	Reunión presencial con las estudiantes investigadoras.
11 de septiembre de 2018	Reunión con profesor director. Msc. Jaime Fernández
25 de setiembre de 2018	Reunión con profesor miembro del comité asesor. Retiro de certificado del CONIS
1 al 26 de octubre 2018	Elaboración del marco metodológico
29 de octubre al 2 de noviembre del 2018	Elaboración de entrevista semiestructurada
5 al 16 de noviembre del 2018	Pilotaje de la entrevista con población adulta mayor
19 al 30 de noviembre del 2018	Consulta a expertos sobre la entrevista.
27 de enero	Práctica de entrevista en el CESISA
15 de febrero de 2019	Envío de documentos al Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.
20 de febrero de 2019	Envío de anteproyecto a director de seminario
27 de febrero de 2019	Aprobación por parte del CEC
1 de marzo del 2019	Visto bueno del director y lectores para realizar las entrevistas
4 al 8 de marzo de 2019	Coordinación con los centros diurnos para las visitas de las entrevistas
11 al 15 marzo de 2019	Entrevistas al centro diurno San Vicente de Paul.
18 al 22 marzo de 2019	Entrevistas al centro diurno ASESAM

25 al 29 marzo de 2019	Entrevistas al centro diurno Calle Blancos
1 al 10 de mayo de 2019	Transcripción de entrevistas
13 al 28 de mayo de 2019	Redacción de resultados preliminares
30 de mayo de 2019	Foro
1 al 14 de julio de 2019	Redacción de informe final
15 al 28 de julio de 2019	Revisión informe final
1 al 6 de agosto de 2019	Correcciones finales
19 al 23 de agosto	Entrega de versión final con empaste de lujo

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

La presente entrevista se realiza con el objetivo de analizar el apoyo familiar percibido por usted a partir de sus experiencias vividas.

Toda la información aquí comentada es totalmente confidencial y solamente las estudiantes investigadoras tiene acceso a ella, no se utilizara su nombre ni apellidos. Si tiene alguna duda la puede consultar en cualquier momento, además se recuerda que su participación es voluntaria.

Datos sociodemográficos:

Siglas:

Edad: **Sexo:**

Estado civil:

Percepción de la salud

1. ¿Padece de alguna enfermedad?
2. ¿Cómo considera que es su salud?

Objetivo 1: Identificar el significado de apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Gran Área Metropolitana

Hábleme de su familia

1. ¿Quiénes la conforman?
1. ¿Tiene hijos? (si respuesta es afirmativa, indicar cantidad y género)
1. De estas personas, ¿Quiénes viven con usted?

1. Cuénteme, ¿Cómo es la relación que tienen entre ustedes?
1. ¿Cómo es el apoyo que usted percibe de ellos?

Ahora, por favor conversemos acerca del significado del apoyo que recibe de su familia.

1. ¿Para usted, qué significa el apoyo familiar?
1. ¿Cómo piensa usted que debe ser demostrado el apoyo familiar?
1. ¿En qué situaciones piensa usted que puede recibir apoyo familiar?

Objetivo 2. Identificar las experiencias asociadas con el apoyo familiar percibido por parte de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos en el Gran Área Metropolitana.

1. Cuando usted necesita ayuda (de cualquier tipo), ¿a quién acude principalmente?
1. En momentos de que usted presente alguna crisis, ¿quién lo ayuda?
1. Cuando usted necesita hablar o expresarse, ¿tiene la disponibilidad de hacerlo con alguien cercano?
1. ¿De qué manera su familia le expresan a usted el afecto, el amor y el cariño que le tiene?
1. En el momento que usted necesita de algún tipo de información, de cualquier tipo, ¿a quién acude?
1. ¿Qué sentimientos le genera cuando recibe apoyo de parte de su familia?
1. En general, ¿qué tan satisfecho se siente con el apoyo que recibe de su familia?

Observaciones:

Anexo 3. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

CEC-I-04 AC

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY
N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL
“REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

Título: **Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en centros diurnos
del Valle Central**

Nombre de el/la investigador/a principal: MSc. Jaime José Fernández Chaves

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Edad: _____

Sexo: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Esta es una investigación de las estudiantes de Enfermería María José Gamboa Monge, Josseline Blanco Espinoza, Karina Guevara Obando, Karlin Lai Qin y Stephanie Carmona Vargas, que desean consultarle su opinión sobre el apoyo familiar que usted recibe.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Primeramente, conversaremos sobre el apoyo familiar que usted percibe de su familia, esta conversación la realizaremos en un lugar privado, en donde usted se sienta cómodo (a) y tranquilo (a), además grabaremos esta plática, posteriormente la escribiremos y finalmente, se destruirá el audio grabado para asegurar su privacidad.

C. RIESGOS

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____



Si usted acepta participar puede presentarse el siguiente riesgo: se puede presentar molestias de tipo emocional por las preguntas realizadas durante la entrevista, ya que se preguntará sobre el apoyo familiar que ha recibido durante su actual etapa de vida y esto puede traer a memoria recuerdos dolorosos o incómodos de su familia, sin embargo, las estudiantes de enfermería que realizan dicha entrevista han recibido distintas capacitaciones sobre salud mental, para solventar la situación que se pueda presentar y en casos mayores se cuenta con la disponibilidad de profesionales enfermeros especialistas en salud mental y gerontología.

D. BENEFICIOS

El principal beneficio para usted corresponde el ser escuchado de manera activa por las estudiantes, además podrá expresar todos sus sentimientos y pensamientos con respecto al apoyo familiar que recibe.

Otro de los beneficios, será el conocimiento aportado a través del estudio, ya que a por medio de esta investigación se realizará un foro, un artículo científico y se publicarán los resultados obtenidos, esto dará oportunidad para futuras investigaciones y de esta manera dar un panorama general sobre el apoyo familiar que reciben los adultos mayores.

E. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, y usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desea.

F. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información brindada será utilizada de manera confidencial, solo las estudiantes y los profesores tendrán acceso a la misma. Posteriormente, al análisis de los datos, las grabaciones serán eliminadas.

G. INFORMACIÓN

Antes de firmar este documento, hágale saber al entrevistador si posee alguna duda, para que el mismo pueda resolverla.

En caso de presentar alguna duda durante todo el estudio puede comunicarse con una de las investigadoras, a continuación, se encuentra la información de ella:

Joseline Blanco Espinoza

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto:



Teléfono: 8823 2680

Horario de atención: Martes de 10:00 am a 7:00 pm. Miércoles a viernes de 3:00 pm a 6:00 pm

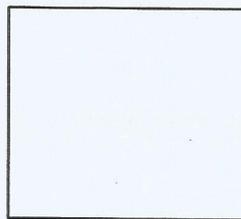
Sí usted decide no participar no perderá ninguno de sus derechos en el centro diurno o con la Universidad de Costa Rica.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

[Redacted signature area]

Nombre, firma y cédula del sujeto participante



Huella Digital

[Redacted location, date, and time area]

Lugar, fecha y hora

[Redacted investigator name, signature, and ID area]

Nombre, firma y cédula de el/la investigador(a) que solicita el consentimiento

Firma de sujeto participante:

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto



Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Versión Junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

Firma de sujeto participante: _____

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto



Anexo 4. Carta de aprobación Comisión de Trabajos Finales de Graduación, Escuela de Enfermería



EE Escuela de
Enfermería

5 de agosto de 2019
EE-1143-2019

Blanco Espinoza Joseline B10987
Carmona Vargas Stephanie B41442
Gamboa Monge María José B42704
Guevara Obando Karina B23061
Lai Qin Karlin B43701

Estimadas estudiantes:

Por este medio se les informa que en la sesión 238-2018 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación se revisó la propuesta "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central".

Acuerdo firme: se aprueba la propuesta "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en Centros Diurnos del Valle Central", sin observaciones.

Atentamente,


Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



DMR/DMR

C. Archivo



Anexo 5. Carta Centro Diurno ASESAM



EE Escuela de
Enfermería

20 de agosto del 2018
EE-1666-18

Sra. Nidia Robles Monge
Administradora
Centro Diurno ASESAM, Cartago.

Estimada señora:

Le saludo muy cordialmente, y a su vez le solicito autorización para que cinco estudiantes realicen su Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica.

Las postulantes son:

Nombre	Carnet	Teléfono
Blanco Espinoza Joseline	B10987	88232680
Carmona Vargas Stephanie	B41442	83152800
Gamboa Monge María José	B42704	86531297
Guevara Obando Karina	B23061	83038807
Lai Qin Karlin	B43701	88589126

El Seminario lleva por nombre: "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en centros diurnos de la gran área metropolitana".

Objetivo General

Analizar el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana, en 2018-2019

Objetivos Específicos

1. Identificar el significado de apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .
2. Identificar las experiencias asociadas con el apoyo familiar percibido por parte de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .
3. Reflexionar sobre el apoyo familiar percibido por la personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .

Cabe mencionar que las estudiantes cuentan con el apoyo del comité asesor, quienes los guiarán en todo momento, si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse al 2511-2094 o a mi persona al 8705-2215.

Les agradezco de antemano su fina colaboración para poder desarrollar esta investigación.



Atentamente,

Jaime José Fernández Chaves
M.Sc. Jaime José Fernández Chaves
Director del Seminario



AMPS

Cc. Archivo

Anexo 6. Carta Centro Diurno Calle Blancos y San Francisco de Goicochea



EE Escuela de
Enfermería

20 de agosto del 2018
EE-1666-18

Bach: Anabelle Gómez Mora
Administradora
Asociación de Protección al Anciano
de Calle Blancos y San Francisco de Goicochea

Estimada señora:

Le saludo muy cordialmente, y a su vez le solicito autorización para que cinco estudiantes realicen su Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica.

Las postulantes son:

Nombre	Carnet	Teléfono
Bianco Espinoza Joseline	B10987	88232680
Carmona Vargas Stephanie	B41442	83152800
Gamboa Monge María José	B42704	86531297
Guevara Obando Karina	B23061	83038807
Lai Qin Karlin	B43701	88589126

El Seminario lleva por nombre: "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en centros diurnos de la gran área metropolitana".

Objetivo General

Analizar el apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana, en 2018-2019

Objetivos Específicos

1. Identificar el significado de apoyo familiar que perciben las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .
2. Identificar las experiencias asociadas con el apoyo familiar percibido por parte de las personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .
3. Reflexionar sobre el apoyo familiar percibido por la personas adultas mayores que asisten a centros diurnos de la gran área metropolitana .

Cabe mencionar que las estudiantes cuentan con el apoyo del comité asesor, quienes los guiarán en todo momento, si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse al 2511-2094 o a mi persona al 8705-2215.

Les agradezco de antemano su fina colaboración para poder desarrollar esta investigación.

Atentamente,

Jaime José Fernández Chaves
M.Sc. Jaime José Fernández Chaves
Director del Seminario



AMPS

Cc. Archivo



Maricela Rios 6

Anexo 7. Carta Centro Diurno San Vicente de Paúl

Asociación Centro Diurno de Atención para Ancianos SAN VICENTE DE PAÚL

San Juan de Tibás Apartado 834-1100 Tibás Teléfono 2240-7274 Telefax 2240-5678

Tibás, 10 de setiembre del 2018

Señor:

M. Sc. Jaime José Fernández Chaves
Director del Seminario
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Pte.

Estimado señor:

Reciba un cordial saludo de parte del Centro Diurno San Vicente de Paúl.

Para nosotros es un gusto autorizar al grupo de estudiantes que usted refiere:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| ○ Blanco Espinoza Joseline | Carné B10987 |
| ○ Carmona Vargas Stephanie | Carné B41442 |
| ○ Gamboa Monge Maria José | Carné B42704 |
| ○ Guevara Obando Karina | Carné B23061 |
| ○ Lai Qin Karlin | Carné B43701 |

para que realice su Trabajo Final de Graduación en nuestra institución durante las fechas establecidas en los meses de abril, mayo, junio y julio.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente.

Atentamente,


Doris Zúñiga Villalobos

Coordinadora

Anexo 8. Carta de Aprobación del Comité Ético Científico



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

VI Vicerrectoría de
Investigación

ESCUELA DE ENFERMERIA

UCR AM10:16 '19 MAR 11

4 de marzo de 2019
VI-1541-CEC-0103-2019

Derby Muñoz Rojas
Coordinador
Escuela de Enfermería

Estimado señor:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No.134 celebrada el 27 de febrero de 2019 sometió a consideración el Trabajo final de graduación "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en centros diurnos del Valle Central".

Después del análisis respectivo, el Comité acuerda:

Acuerdo N°6. Declarar aprobado el trabajo final de graduación "Análisis del apoyo familiar percibido por las personas adultas mayores en centros diurnos del Valle Central". **Acuerdo Firme**

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.
Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

Atentamente,

M.Sc. Alfonso Chacón Mata
Presidente Comité Ético Científico



dha

C. Josseline Blanco, Stephanie Carmona, María José Gamboa, Karina Guevara y Karlin Lai Qin,
Estudiantes, Escuela de Enfermería
Archivo