

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESCUELA DE CIENCIA DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

**RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD
QUE PADECE EL ADULTO MAYOR EN UN HOGAR DE
ENVEJECIENTE**

GABRIELA ROBLEDO ROSARIO

21 DE MAYO DE 2015

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I Introducción

▪ Antecedentes.....	4
▪ Planteamiento del Problema.....	7
▪ Justificación del Estudio.....	10
▪ Modelo Teórico.....	14
▪ Propósito del Estudio.....	19
▪ Pregunta de Investigación.....	20
▪ Objetivos de Investigación.....	20
▪ Definiciones de las Variables.....	20
▪ Definiciones Operacionales.....	21
▪ Resumen.....	21

Capítulo II Revisión de Literatura

▪ Introducción.....	22
▪ La Vejez.....	22
▪ La Soledad en la Tercera Edad.....	25
▪ Investigaciones Relacionadas al Tema Bajo Estudio.....	27
▪ Marco Legal.....	30
▪ Resumen.....	32

Capítulo III Metodología

▪ Introducción.....	34
▪ Diseño.....	34
▪ Población.....	34
▪ Muestra.....	34
▪ Criterios de Inclusión.....	35
▪ Criterios de Exclusión.....	35
▪ Instrumento.....	35
▪ Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	35
▪ Procedimiento de la Colección de Datos.....	36
▪ Protección de Derechos Humanos.....	36
▪ Precauciones para Minimizar Riesgos.....	38
▪ Análisis Estadísticos.....	38
▪ Limitaciones.....	39
▪ Resumen.....	39

Capítulo IV

▪ Resultados.....	40
-------------------	----

▪ Discusión.....	48
Capítulo V	
▪ Conclusión.....	51
▪ Recomendaciones.....	51
Capítulo VI	
▪ Referencias.....	53
Apéndice A	
▪ Autorización para utilizar el cuestionario	
Apéndice B	
▪ Cuestionario	
Apéndice C	
▪ Hoja Informativa Para Participación del Estudio	
Apéndice D	
▪ Carta de Autorización por el Hogar de Envejecientes	
Apéndice E	
▪ Tabulación del Cuestionario	

DEDICATORIA

Mi tesis se la dedico con todo mi amor y cariño a Dios sobre todas las cosas, a mi mama, mi papa, esposo, hijos y nietos; por su sacrificio y esfuerzo, por darme la oportunidad de terminan mi maestría, por creer en mí y en mi capacidad, aunque hemos pasados momentos difíciles siempre han estado brindándome su apoyo, comprensión, cariño y amor. A cada uno de ustedes gracias por ser mi motivación e inspiración para poder superarme cada día y luchar por un mejor porvenir para todos nosotros.

A mis amigos, compañeros, profesores, mentores quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas conmigo.

También a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado apoyándome en todo este proceso y que lograron que este sueño se hiciera realidad.

Gracias

ABSTRACTO

Introducción: Estudio es uno descriptivo exploratorio que tenía el propósito de poder indagar la relación que existe entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes. Los participantes de este estudio fueron 20 pacientes adultos mayores residentes de un hogar de envejecientes en el área de San Juan, P.R. **Pregunta Investigativa:** ¿Cuál es la relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes? **Objetivos:** (a) Examinar si existe relación significativa entre los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes (b) Identificar los factores asociados a los sentimientos de soledad y ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes. **El diseño:** estudio es uno descriptivo exploratorio. La población estuvo compuesta de 20 pacientes que residen en un hogar de envejecientes para buscar la relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor. **Instrumento:** se recopilaron los datos utilizando un cuestionario titulado: “la relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes. **Procedimiento:** se llevó a cabo siguiendo las regulaciones de investigaciones de este tipo. **Protección de derechos humanos:** se llevó a cabo en todo momento, protegiendo la confidencialidad y respeto de los participantes. **Población:** La población del estudio estará compuesta de adultos mayores del Hogar Nuevo Horizonte en San Juan, P.R., cuya muestra está compuesta de veinte (20). **Conclusión:** El estudio permitió comprobar la relación que existe entre la soledad y la ansiedad en los adultos mayores y como estas afectan la calidad de vida del adulto mayor hospitalizado o en residente de un hogar de envejecientes. Esta investigación concluye según, la percepción de los participantes adultos mayores que están hospitalizados o

residen en un hogar de envejecientes padecen de ansiedad relacionada a la soledad a la que se enfrentan. Esto es debido a que no están acostumbrados a ese entorno, porque les hace falta la familia, porque sienten que son una carga para los demás, por los cambios que enfrentan y por la falta de apoyo emocional. **Recomendaciones:** (a) Proveer terapias integrales donde los pacientes puedan expresar su estado emocional para mejorar su estado de ánimo y su calidad de vida. (b) Proveer terapia psicológica o consejería para que los pacientes puedan afrontar su sentimiento de soledad. (c) Proveer actividades recreacionales que permitan a los pacientes tener la mente ocupada para así minimizar su ansiedad y sus pensamientos de soledad. (d) Realizar una línea directa con los familiares para que estos pacientes puedan tener visitas más frecuentes. (e) Proveer asesor espiritual (capellanía) para que esta población se fortalezca espiritualmente.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Antecedentes

La ansiedad es una experiencia universal que forma parte de la condición humana, y que constituye parte de un sistema de aviso-alarma frente a una amenaza (Llácer, 2009). La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amnesia y la manía (Ojeda, 2003).

Entre 1892 y 1899 Freud investiga un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia (sensación exagerada de los estímulos táctiles, como la sensación de cosquilleo o embotamiento), especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto a los seres queridos o del paciente mismo: la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si doblan las campanas, es un ser querido que ha fallecido. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la

locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación (Freud, 1967).

El francés Henry y sus colaboradores Bernard y Brisset (1969) conceptualizaron la neurosis de angustia que Freud describiera en 1895, como un tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Así, divide a las neurosis en indiferenciadas, que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y grandemente diferenciadas, en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. En la neurosis fóbica o histeria de angustia, la angustia aparece comprometida en un sistema ideo-afectivo simbólico. En la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales. En la neurosis obsesiva, la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados (Ey H., 1969).

¿Cómo en la actualidad la soledad y la ansiedad afecta al paciente hogar de envejecientes? Esta a su vez es un estado emocional que llega cuando la persona no ha logrado las relaciones interpersonales íntimas o estrechas que desea. Este estado de insatisfacción afecta cada vez a más personas, a pesar de que las condiciones de vida, han cambiado para bien. Algunas estadísticas muestran que la soledad afecta a alrededor del 25% de la población americana y, en nuestro país, a un tercio de las personas que superan los 65 años de edad (Moya Morales, 1999).

El interés por el estudio de la soledad no se debe exclusivamente a su creciente incidencia, sino también a la importancia cada vez mayor que las relaciones interpersonales tienen en nuestra vida cotidiana. En la Psicología Social se le ha dado mayor atención al

conocer los factores que intervienen en la formación de vínculos sociales tales como la atracción, el enamoramiento, entre otros. Con ello, se ha dejado en segundo plano a las consecuencias que puede tener para una persona romper sus lazos sociales íntimos, o la incapacidad para conseguir dichos vínculos.

A pesar de su relevancia, el retraso en la investigación de la soledad se ha debido a las muchas dificultades que su estudio conlleva, entre las que se encuentran el hecho de que hayan surgido numerosas definiciones del constructo, la falta de un marco teórico explicativo y la dilatación en el desarrollo de instrumentos de medida fiables (Moya, 1999).

Por tanto, existen diversas variables donde las personas pueden sentirse solas según la situación de soledad sea percibida como voluntaria o impuesta. Esto recoge la distinción establecida respecto a los efectos positivos o negativos de la soledad. Para algunas personas la soledad es positiva ya que la consideran un momento de reflexión e inspiración igual como le ocurren a los períodos de aislamiento y soledad a la que se someten escritores, artistas o religiosos. En cambio, la soledad se percibe como un problema cuando es una situación impuesta de la que no podemos escapar. Según Béjar (1993), podemos hablar de dos tipos de soledad, una, la soledad como elección, entendida como privacidad o búsqueda voluntaria de aislamiento; y la segunda sería la soledad como destino, entendida como ausencia de compañía deseada, una condición impuesta.

Planteamiento del Problema

El problema a investigar busca identificar la relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor de un hogar de envejecientes. La ansiedad es un trastorno emocional muy común, que constituye una de las formas de miedos más frecuentes. La ansiedad a pesar de ser algo común cuando el ser humano se enfrenta

algunas situaciones tales como la muerte de un familiar, cambio de empleo, o enfrentarse a una enfermedad o cirugía, entre otras que afectan al ser humano en general. Se espera que un adulto tenga modos para lidiar con la ansiedad que le producen estos eventos, pero nunca están exentos de sufrir los mismos. A veces se piensa que la experiencia y los años permiten un grado de tolerancia y niveles de ansiedad bajos ante ciertos episodios de la vida. Pero viviendo en un hogar de envejecientes, por más ameno que sea, suele causar un nivel de ansiedad y temores en el paciente, aun cuando este es un anciano.

La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de atender personas mayores de 60 años (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Se ha evidenciado a través de los psicólogos, que los cambios fisiológicos que ocurren con la edad, pueden indicar que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento. Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión. La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La ansiedad en los procesos de la vida diaria y durante una enfermedad constituyen los trastornos frecuente en el anciano. A principios del presente siglo, la Organización Mundial de la Salud alertó de los riesgos que podían presentar la ansiedad sin tratar en poblaciones frágiles, como los ancianos. La ansiedad, complica la evolución y aumenta el sufrimiento en un gran número de procesos morbosos en el anciano y obliga a un

diagnóstico diferencial permanente entre la reacción adecuada a los numerosos factores estresantes de la vejez (Gregorio, 2004).

Para evitar niveles de ansiedad perjudiciales se requiere un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuado entre el personal de la salud y los pacientes, enseñar al enfermo el manejo de un *locus de control* interno y entender la infraestructura y la rutina en un hogar a partir de las necesidades de los usuarios, sin menoscabo de los requerimientos que se determinen para el correcto funcionamiento del centro de salud. El estado de ansiedad debería tomarse en consideración más allá de la información verbal que el propio paciente suministre al médico. Es habitual que los anestesistas visiten a los pacientes con la intención de conocer su estado anímico, pero quizá no sean del todo conscientes de las repercusiones que puede tener el no advertir un estado de ansiedad desmedido (Gordillo, Martínez y Mestas, 2011).

Las manifestaciones no verbales son muy interesantes a la hora de evaluar el nivel de ansiedad: temblor, sudoración, expresión de la cara entre otros. También se debe estar atento a los cambios fisiológicos que acompañan a estos estados de ansiedad, como cambios en la tensión arterial o en la frecuencia cardiaca, ya que pueden afectar a la respuesta de las drogas anestésicas (Pitchard, 2010).

Respecto a la soledad, podemos aseverar que el ser humano está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad. En síntesis, posee una personalidad que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial lo que indica el lugar donde habita (Alonso & Palacio, 2003). La soledad es un estado subjetivo y desagradable relacionado con un déficit en las relaciones sociales. Entre los factores que predicen la soledad se encuentran la ausencia de una relación íntima y la

ausencia de apoyo social, así como posee consecuencias muy negativas en la salud física y mental (Hawkley y Cacioppo, 2010; en Sánchez & Llorente, 2012).

Como ser social, el ser humano está en constante interacción con su entorno, atravesando a una serie de cambios y acontecimientos que son siempre únicos, en donde es capaz de transformar y/o adaptarse a ellos; estos eventos van a constituir las experiencias de vida que guían su actuar. Pero, más trascendental aún es la calidad e intensidad de sus ideales, valores, preferencias y actitudes en relación con la vida, cultura, el medio social en que se desarrolla (Parser, Coyne & Smith 1985; en Guillen & Cantuarias, 2011).

Explican Clemente, Tartaglini & Stefani, (2008), que es preciso abordar tanto el estado emocional como físico de los adultos mayores hogar de envejecientes cuando se busca promover su calidad de vida relacionada con la salud. Estos esfuerzos deben dirigirse a conseguir niveles óptimos de salud emocional y física en el adulto mayor. En este orden de ideas, la satisfacción del anciano debido al apoyo derivado de su red social personal, se refleja en su bienestar psicológico y estado de salud sosteniendo los argumentos anteriormente expuestos en relación con la importancia de las redes de apoyo en la calidad de vida de los adultos mayores.

El escenario el proceso de hospitalización acarrea diferentes reacciones por parte de dicho grupo etario, necesitando del apoyo y comprensión que pueda proporcionar la familia, lo cual intensifica la fortaleza para sobrellevar dicho proceso. Asimismo, se tiene en cuenta el respeto por el adulto mayor, sus decisiones, creencias y fe ante esta crisis situacional. Cabe señalar que la relación que los profesionales de enfermería crean con el adulto mayor; requiere de ciertas atenciones necesarias para su satisfacción, debe ser adecuada para lograr un ambiente empático, de confianza, en el cual dicho usuario se sienta satisfecho.

Para los adultos mayores el ingreso a un hogar de envejecientes significa una alteración en su vida cotidiana, no sólo se podría ver afectada la salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía. Los adultos mayores requieren de un cuidado especial, razón por la cual el adulto mayor y su familia reclaman al profesional de la salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al posible desenlace de la enfermedad, al aspecto económico, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal (Herrera, 2007).

Justificación del estudio

La justificación del estudio fue desarrollada tomando como base los criterios para evaluar el valor potencial de una investigación, según citado por (Hernández, Fernández & Baptista Lucio, 2010). En este estudio se dará énfasis en la conveniencia de la investigación, su alcance, el valor teórico y la utilidad metodológica analizando cada respuesta dada por los encuestados.

El valor teórico de esta investigación busca identificar aspectos relacionados a la soledad y los niveles de ansiedad en el adulto mayor en un hogar de envejecientes, a fin de poder brindar recomendaciones al respecto. A nivel mundial, el incremento de la población adulta mayor ha generado nuevas problemáticas para investigar, pero sobre todo para intervenir en mejorar las diferentes áreas de la calidad de vida de esta población. Al momento, se han realizado diversos estudios en el afán de contribuir a que las personas experimenten la vejez dignamente (Rodríguez, 2010; Tucsca, 2003). Los esfuerzos

investigativos en temas relacionados con los adultos mayores no han cesado, siendo un tema de gran interés en la actualidad.

En cuanto al alcance del estudio se espera que el mismo sea uno de gran valor social. La separación de la familia al ingresar en un hogar de envejecientes trastorna la intimidad, la autonomía, el estilo de vida, los roles y la economía de las personas. El individuo pasa a convertirse en un ser especialmente vulnerable, siente miedo en ocasiones al no saber con qué se pueda, donde las decisiones del personal en el hogar prevalecen sobre las del paciente; donde se le pide total acomodación al funcionamiento y normas del hogar. Por lo que el paciente adulto precisara de ayuda, tratamiento médico especializado y cuidado de enfermería basado en la relación de ayuda considerando sus dimensiones de persona (Guillen & Cantuarias, 2011).

Respecto a los beneficios del presente estudio, se espera que aporte significativamente al sector educativo, clínico y a la profesión de enfermería en Puerto Rico. La persona que acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presenta signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida. Por lo tanto, la atención de enfermería debe caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa en el personal de salud: una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente físico (Jiménez, 2000).

En el caso de los pacientes geriátricos en un hogar de envejecientes, Rodríguez (2008) plantea la necesidad de que las instituciones ofrezcan variedad de actividades, permitiéndole a los ancianos seleccionar aquellas que más les interesen, de modo que aumenten su sentido de auto-eficacia y control, al mismo tiempo, evitar el comportamiento dependiente. Este mismo autor, también expone la importancia de que el personal de dichas instituciones geriátricas oriente a los familiares, sobre la importancia de que apoyen y visiten al anciano en el hogar de envejecientes. Según explica, el anciano seguirá sintiendo a su familia como su grupo de pertenencia. El propósito de estas actuaciones es la disminución de los sentimientos de abandono, soledad o desarraigo que los adultos mayores en un hogar de envejecientes pueden experimentar, mejorando así su calidad de vida.

Mayormente el personal de salud olvida el malestar que pueden causar en el adulto mayor realidades como la circulación de un gran número de profesionales a su alrededor, la falta de comprensión en su forma de comunicación, caracterizada por el silencio, el cual debe ser interpretado; por no entenderlo (puede ser más una condición de sordera, que de incapacidad de hablar). La estancia en el hogar es un momento propicio para el acompañamiento por parte del personal del hogar, pero a veces pasa desapercibido, lo que muestra un quiebre en la interacción comunicativa entre quienes brindan y reciben el cuidado (Lotus, 2000).

Según Bakker, Duivenvoorden, Lee, Krulder, Driesen & Ribbe (2010) aproximadamente el 47% de los pacientes mayores de 60 años pueden ser considerados de alto riesgo para presentar deterioro funcional y en otras series se reporta hasta 70% de

deterioro funcional relacionándose con el ingreso a estas instituciones, deterioro cognitivo, bajo nivel de actividad social, edad y otros factores como el reposo prolongado.

El proceso para el adulto mayor en un hogar de envejecientes implica alteraciones no sólo en el área biológica y física, sino también emocional, espiritual y social, el alejamiento de su familia desarrolla sentimientos de soledad, depresión y angustia lo cual se ve reflejado en su forma de actuar, en la manifestación de la necesidad de comunicarse, de ser escuchado, comprendido y sobretodo de ser valorado como ser humano. Los hogares que emplean personal de enfermería, tienen responsabilidad, como actor principal, brindar un cuidado cálido e integral, fomentando continuamente una relación empática y asertiva con el paciente (Noriega, 2011).

De los Reyes y Buzeki (2006), por su parte, destacan el rol del diálogo en la intervención geriátrica. Según indican, para mejorar la calidad de vida de los ancianos, resulta fundamental promover un clima de participación activa entre todos los involucrados (profesionales, familiares, personal administrativo, etc.) Añaden, además, que resulta necesario construir espacios de encuentro entre todos los que intervienen con el adulto mayor, promoviendo así la participación y el compromiso de los mismos.

Modelo teórico

La investigación se enmarca en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1972) ya que nos muestra la relación del individuo con el estrés, reacción al mismo, y factores de reconstitución (adaptación) que por naturaleza son dinámicos: paciente- sistema abierto- núcleo central de recursos- líneas de resistencia.

Este modelo conceptualiza la estabilidad como el estado en el cual el sistema del cliente, soporta con éxito los elementos estresantes, es decir, puede mantener un nivel adecuado de salud, con el objetivo de conservar la integralidad del sistema. Los elementos estresantes en cambio, corresponden a estímulos que producen tensión en los límites del sistema del cliente. Estos pueden ser: a) Fuerzas interpersonales, las cuales tienen su lugar dentro del individuo; entre estas las respuestas condicionadas b) Fuerzas interpersonales, las cuales tienen lugar en uno o más individuos, es decir singulares o plurales; entre ellas las expectativas del rol; c) Fuerzas extra personales, las cuales se dan al exterior del individuo, entre ellas las circunstancias económicas.

El bienestar según Neuman (1972) existe cuando las partes que conforman el sistema del cliente interactúan en armonía y satisfacen las necesidades del mismo. La enfermedad corresponde a la falta de armonía entre las partes que constituyen el sistema, esto como resultado de las necesidades no satisfechas en diferentes grados. A continuación se describen otros supuestos del modelo teórico de Neuman (1972):

- Línea normal de defensa: Corresponde al círculo del sistema, que se encuentra en el exterior del mismo y presenta una línea continua. Esta representa estabilidad tanto para el individuo como para el sistema. Esta se mantiene a lo largo del tiempo y sirve como un estándar para valorar las posibles desviaciones del bienestar normal del cliente. Dicha línea incluye varias conductas propias del sistema, tales como patrones habituales de control del individuo, estilo de vida y estadio de desarrollo.
- Línea flexible de defensa: Corresponde al círculo exterior de línea discontinua del modelo. Dicho círculo es dinámico y puede resultar afectado en forma rápida y en un corto periodo de tiempo. Este se distingue como un amortiguador de protección

el cual evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y alteren el estado normal de bienestar.

- **Líneas de resistencia:** Son las series de círculos de líneas intermitentes que rodean la estructura central básica. Estos círculos representan los factores de recursos los cuales ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante.
- **Grado de reacción:** Corresponde a la cantidad de energía necesaria para que el cliente se adapte al elemento (s) estresante (s).
- **Prevención como intervención:** Corresponde a las acciones determinadas que conllevan a que el cliente retenga o consiga la estabilidad. Estas pueden producirse posterior o anterior a la penetración de la línea de defensa específicamente en las fases de reacción y de reconstitución. Es por esto que Neuman plantea en su modelo que está de acuerdo con iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o este ya ha sido confirmado. Este tipo de intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y los resultados previstos. Neuman plantea la intervención en tres niveles: Primario, Secundario y Terciario.
- **Prevención primaria:** Esta se da cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o ya se ha identificado la presencia del mismo. En este estado aunque no sea producida la reacción ya se reconoce el estado de riesgo. En este sentido Neuman afirma que quien realiza la intervención puede reducir la posibilidad de que el individuo se encuentre con el elemento estresante, y por tanto reforzar al individuo para que afronte el mencionado elemento o para que refuerce su línea flexible de defensa con el fin de disminuir la posibilidad de una reacción.

- **Prevención secundaria:** Corresponde al conjunto de intervenciones o tratamientos iniciados posterior a la manifestación sintomática de estrés. Tanto recursos internos como externos del cliente se utilizan para estabilizar el sistema con el objetivo de reforzar las líneas de resistencia, disminuir la reacción y aumentar los factores de resistencia.
- **Prevención terciaria:** Esta tiene lugar posterior al tratamiento activo o de la fase de prevención secundaria. Este nivel pretende conseguir que el paciente recupere la estabilidad óptima del sistema. Como objetivo principal se traza el reforzar la resistencia a los estresantes con el fin de ayudar o prevenir la recurrencia de la reacción o la regresión. Este proceso de prevención retrocede en forma de círculos hacia la prevención primaria.
- **Reconstitución:** Consiste en el estado de adaptación a los elementos estresantes tanto en un entorno interno como externo. Este se puede dar en cualquier grado o nivel de reacción e ir más allá o estabilizarse por debajo de la línea normal de defensa que presentaba el cliente anteriormente. Dentro de este se incluyen los factores interpersonal, intra-personal, Extra personal y el factor del entorno interrelacionado con las variables del sistema del cliente (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual).

Meta paradigmas

1. **Persona:** En este modelo el concepto de persona se concibe como cliente/sistema cliente el cual puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente considerado como un compuesto dinámico de interrelaciones entre factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y

- espiritual se considera también que el cliente cambia o se mueve constantemente y se observa como el sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno.
2. Enfermería: Para Neuman la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Se considera a la enfermería como una profesión única que se ocupa de todo aquello en respuesta a lo que el individuo manifieste frente al estrés. En esta aplica la percepción que se tenga sobre la influencia en el cuidado suministrado, es por esto que Neuman destaca la percepción de cuidador y cliente, para lo cual desarrollo una herramienta de valoración e intervención con el objetivo de facilitar la tarea en relación a la percepción.
 3. Salud: Neuman define la salud como un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. En este sentido el bienestar o estabilidad óptima son indicadores de que las necesidades en su totalidad han sido satisfechas. Es así como el individuo se encuentra constantemente expuesto al dinamismo sea en bienestar o en enfermedad y que se puede dar en diferentes grados y espacios.
 4. Entorno: Neuman considera tanto al entorno como a la persona como fenómeno básico en su modelo de sistemas. Observando y analizando el espacio o entorno en el que ambos mantienen una relación recíproca. El entorno entendido como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Es por esto que los elementos estresantes son de real importancia para el concepto de entorno y son descritos como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y puedan alterarla.

En el modelo de sistemas se identifican tres tipos de entornos: interno, externo y creado. El entorno interno corresponde al aspecto intra-personal e incluye todas las interacciones que suceden al interior del cliente. El entorno externo es interpersonal o extra personal e incluye todas las interacciones que suceden en el exterior del cliente. El entorno creado es aquel que se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza con el fin de mejorar la capacidad de control protectora, dicho entorno se caracteriza por ser dinámico e interpersonal, en él se movilizan todas las variables del sistema con el objetivo de crear un efecto aislante que proporciona al paciente un estado de control frente a la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, modificando la identidad o la situación (Neuman, 2011).

Aplicación del Modelo al Problema del Estudio

El uso del modelo de Neuman brinda a los profesionales del área de la enfermería la facilidad en la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos hacia un objetivo para el cuidado del cliente, además da cierto grado de multidisciplinario que tiene como objetivo la no fragmentación en el cuidado del cliente. Es por esto que Neuman desarrollo diversos instrumentos con el objetivo de brindar una mayor aplicabilidad de su modelo, instrumentos que le sirven al profesional de la enfermería para valorar e intervenir al cliente visto esto desde el punto de prevención como intervención y aplicación de un proceso enfermero, este último integrado por diagnósticos enfermeros, objetivos enfermeros y resultados enfermeros.

El modelo de Neuman se aplica a esta investigación desde una perspectiva centrada en el factor estrés y sentimientos psicosociales que puede enfrentar el adulto mayor como lo

es la soledad durante su estancia en un hogar de envejecientes. Este modelo tiene alto grado de aplicabilidad en la práctica de enfermería enfocada en el campo de individuo, familia, grupo y comunidad al igual que puede adaptarse a este ambiente.

Propósito del Estudio:

El propósito de esta investigación lo es poder indagar la relación que existe entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes. Para el manejo de la ansiedad en este contexto, el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad (Marín, Martínez, Ponsich & Pubill 2004).

Los enfermos con una adaptación normal (aquellos que tienen una visión realista de su entorno y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la estadía) presentan una buena evolución. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en su entorno a menudo también son portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos, presentan mayores dificultades en su evolución. (Vargas, 2011).

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes?

Objetivos de investigación:

- Examinar si existe relación significativa entre los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes.

- Identificar los factores asociados a los sentimientos de soledad y ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes.

Definiciones operacionales de las variables

- **Ansiedad:** La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hiper-vigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (Blai, 2009).
Para efectos de este estudio ansiedad significa, y la misma es, una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.
La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. Esta será medida a través de un cuestionario desarrollado por la investigadora.
- **Soledad:** La soledad ocurre cuando nuestro círculo de relaciones es menor o menos satisfactorio de lo que nosotros deseamos. La soledad es una discrepancia entre las relaciones que se tiene y las que se desea (Pulsomed, 2014).

Definiciones de términos

1. **Persona de edad avanzada:** Refiere a las personas de 60 años y o más, quienes representan un grupo heterogéneo de diversas edades, antecedentes, necesidades y capacidades (OPS, 2002).
2. **Hiperestesia:** se refiere a la sensación exagerada de los estímulos táctiles, como la sensación de cosquilleo o embotamiento.
3. **Locus de control:** se refiere a la percepción que tiene una persona acerca de dónde se localiza el agente causal de los acontecimientos de su vida cotidiana.

Resumen

En este capítulo se presentaron los antecedentes del tema bajo estudio relacionado al tema bajo estudio. A tales fines se presentó el planteamiento del problema y su justificación, las preguntas y objetivos del estudio y el modelo teórico mediante el cual se enmarca el mismo. En el próximo capítulo se presentará una extensa revisión de la literatura sobre el tema de investigación.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

En este capítulo se presenta la literatura en torno al tema de investigación. Además se presentan estudios que se enmarcan mediante la investigación y la evidencia en torno la soledad en el adulto mayor en un hogar de envejeciente. El capítulo termina con un resumen sobre los hallazgos más relevantes.

La vejez

Según Rodríguez (2010) el envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

La vejez se refleja en la representación social con unas connotaciones negativas que se proyectan en el subconsciente social con imágenes de este período vital revestidas de improductividad, aburrimiento, enfermedad y tristeza. Esta visión generalizada de la sociedad se contrapone con el retrato que perciben de sí mismas las personas mayores y con el papel real que desempeñan en la vida cotidiana. El mandato dado por la organización social al alcanzar una determinada edad para abandonar el sistema productivo conlleva una alteración tanto en la posición como en los papeles jugados por las personas mayores dentro de la sociedad hasta esos momentos (Bazo, 2012).

Al respecto, Ortiz (2005) indica que durante la vejez la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente. Esto depende tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la sociedad le brinde. Se considera muy importante tomar conciencia de los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la representación social prevalente, que considera a la vejez como enfermedad, deterioro, minusvalía y déficit. Esto es aún más notable cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad, son juzgados como parte normal del proceso del envejecimiento. La imagen de la vejez y del envejecimiento traduce muchas veces una esquematización o generalización abusiva de hechos que no se apoyan en un conocimiento científico válido. El uso de estereotipos se conoce como *viejísimo*, el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se le imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento (Ortiz, 2005).

Según Iglesias (2012) el deterioro percibido de la salud, cuando se relaciona estrechamente con el factor edad, se convierte en un importante motivo de rechazo hacia la vejez. Constituye éste uno de los más frecuentes estereotipos que afectan hoy en día a los mayores, que en gran medida continúan siendo etiquetados socialmente como personas dependientes, enfermas e incapaces de valerse por sí mismas. Las personas mayores, en su conjunto, disfrutan en la actualidad de unos niveles de salud muy aceptables, aún se sigue cruelmente asociando jubilación y vejez con enfermedad o, incluso, con muerte. Pues bien, en la medida en que sean los propios mayores quienes interioricen estas falsas creencias, el deterioro percibido no siempre es real, lo que puede ser uno de los factores que más limiten

su calidad de vida. El deterioro del estado físico, con el paso de los años, puede ir estableciendo importantes barreras en aspectos tales como la participación social de los mayores o el disfrute del ocio. En muchas ocasiones, la mala salud provoca un giro sustancial en la dedicación del tiempo de los jubilados ya que se ven obligados, por ejemplo, a abandonar aquellas aficiones que, aunque preferidas, requieren un elevado esfuerzo, para adoptar en cambio otras mucho menos exigentes en el terreno físico.

La calidad de vida es un asunto que siempre me ha motivado a cuestionarme por qué otros seres humanos pasan por situaciones de necesidades que afectan negativamente la manera en que viven. Las personas ancianas por su vulnerabilidad tienden a vivir sus últimos días mediante diversos padecimientos de salud que afectan sus funciones físicas, lo que a su vez que les afecta emocionalmente. Esta realidad me ha hecho indagar información teórica y conceptual al respecto, ya que los profesionales de Enfermería dentro de nuestro escenario laboral comúnmente atendemos a personas de la tercera edad, por lo que es esencial poder identificar aquellos factores que afectan su calidad de vida, con el fin de poder ayudarles a vivir de una mejor manera. Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban profundamente la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias, impacto negativo no solo por lo importante sino por lo prolongado del trastorno. Es de esperar que el envejecimiento poblacional se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y la distribución de los trastornos somáticos y mentales, así como en la interrelación entre estos dos (OMS, 2001).

La soledad en la tercera edad

La soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción y angustia. Se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma. La soledad de los mayores es una de esas situaciones de vulnerabilidad y marginación y posible exclusión, que viven un numeroso grupo de personas que difícilmente elevarán el grito y exigirán la satisfacción de sus necesidades debido a la fragilidad en que se encuentran. Los mayores que se sienten solos no provocan una crisis social significativa como podrían provocarla otros grupos porque no tienen ni siquiera las suficientes fuerzas como para exigir sus derechos (Bermejo, 2004).

Según Olmo (2010) existen tres crisis asociadas al envejecimiento: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia. La crisis de identidad viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa, que pueden deteriorar la propia autoestima porque aumentan la distancia que la persona mayor percibe entre su yo ideal y su yo real. La crisis de autonomía viene dada especialmente por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. La crisis de pertenencia se experimenta particularmente por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole permitían adoptar en el tejido social. La toma de conciencia de esta triple crisis que tiene lugar en el proceso de envejecimiento,

puede permitirnos hacernos cargo de la envergadura de la experiencia de la soledad que, a veces, puede ser vivida como una verdadera muerte social, una muerte del significado de la presencia en el mundo dada por el cuestionamiento de la propia identidad, de la propia autonomía y del propio ser en el mundo.

En la soledad el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea comunicación para subsistir. La soledad se manifiesta por una sensación de vacío y de falta de algo que se necesita. Aparece cuando las personas no encuentran un otro. La vejez es uno de esos momentos en los que más fácil se puede experimentar la soledad. La en la tercera edad es uno de los grandes enemigos del bienestar de nuestros mayores, un tema preocupante sin duda, ya que su calidad de vida no solo implica un buen estado físico, sino también emocional. La amargura y la tristeza roban las ganas de vivir a muchas personas mayores que se sienten solas. En este sentido, conviene tener en cuenta que la sociedad y el modelo de familia han dado un giro importante en las últimas décadas. Por ello, conviene hacer autocrítica. Con la modernidad hemos conseguido retos muy positivos, pero en la actualidad también tenemos una profunda crisis de valores. En este contexto, conviene recordar que cada persona, haciendo uso de su libertad, es capaz de ir más allá de las circunstancias sociales. Por ello, lo ideal es que los mayores tengan un protagonismo importante en el seno de la familia y no se sientan nunca solos (Nicuesa, 2013).

Längle & Probst (2000) afirman en su estudio *Cuestiones existenciales sobre el Adulto Mayor*. Japón, que la edad del adulto mayor propone importantes desafíos, que se pueden definir de acuerdo al carácter transitorio de la vida asociado con la cercanía de la muerte y de la partida, las enfermedades terminales y los sufrimientos, siendo esto confrontado con las preguntas sobre el sentido de la vida, los cuestionamientos religiosos

fundamentales y, finalmente, de qué manera se gestionan los problemas de soledad, ansiedad y depresión. Concluyeron que la vida del adulto mayor requiere una gran habilidad para responder las preguntas fundamentales de la existencia, que se hacen más conflictivas durante la vejez y contribuyen a aumentar considerablemente los problemas que le son propios.

Investigaciones relacionadas al tema bajo estudio

Martínez, Martínez, Esquivel & Velasco (2007) realizaron un estudio titulado relevancia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor en un hogar de envejecientes. El estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años en un hogar de envejecientes. Métodos: se trató de un estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, en un hogar de envejecientes entre junio y diciembre de 2003. Como parte de la recolección de datos, se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia. Los resultados reflejaron que se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1 %) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. En el análisis invariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar en un hogar de envejecientes en el área de medicina interna.

Por otro lado, Molina, Uribe & Figueroa (2013) realizaron una investigación titulada '*Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos en un hogar de envejecientes*', con el objetivo de establecer la relación existente entre la intensidad del dolor percibida, la ansiedad, depresión y calidad de vida de pacientes ancianos en un hogar de envejecientes. El estudio tuvo un diseño de tipo transversal descriptivo. El muestreo se realizó de manera aleatoria estratificada (119 participantes). Se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión, así como la intensidad del dolor que los participantes reportaron durante la entrevista. Para esto, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), el cuestionario Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y la Escala Verbal Simple (EVS). Los resultados demostraron que en general, se observó que, en la medida en que el dolor aumentaba, empeoraban las áreas de calidad de vida evaluadas con el PSN, así como los niveles de ansiedad y depresión. Los autores concluyeron que ante el deterioro de la calidad de vida y su relación con las respuestas emocionales asociadas a ansiedad y depresión, conforme la intensidad del dolor, se deben realizar intervenciones de nivel primario y secundario que permitan el control del dolor, con el fin de reducir el impacto en la salud mental de los adultos mayores, a partir de estrategias integradas entre lo farmacológico y psicológico. Además sugieren la creación de programas intrahospitalarios que incorporen terapias integrales que, a su vez, atiendan la dimensión emocional y afectiva de los pacientes ancianos en un hogar de envejecientes, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Cardona, Villamil, Hemaio & Quintero, (2011) realizaron un estudio descriptivo transversal titulado '*el afrontamiento de la soledad en la población adulta*'. El estudio tuvo como objetivo explorar cómo el adulto afronta o afrontaría el sentimiento de soledad. Para

la recolección de los datos se realizó una pregunta abierta a 180 adultos para identificar la posible forma de enfrentar la soledad si ésta se presenta o se presentara en algún momento de la vida. Los resultados demostraron que se obtuvieron cinco categorías sobre cómo afronta o afrontaría la soledad: buscar compañía (36%), distracción (21.9%), aceptación (14.6%), Dios (10.1 %) y otros (17.4). Los autores concluyeron que el afrontamiento de la soledad asumido por los adultos está enfocado a formas activas, se advierte la necesidad de relacionar recursos externos e internos con la vida diaria para promover potencialidades en el individuo y, por ende, mayores posibilidades para afrontar su sentimiento de soledad.

Esposito, (2000) realizó un estudio titulado '*Percepción de la soledad*'. El objetivo de esta investigación fue conocer la percepción que la gente tiene de la soledad, fundamentalmente de los diferentes tipos de personas que pueden sentirse solas, así como las dimensiones que subyacen a tal percepción. Como parte del método, los autores seleccionaron un primer estudio identificando los tipos más representativos de personas que pueden sentirse solas, y las características más comúnmente asociadas a ellas, una muestra de 269 universitarios, hombres y mujeres, evaluaban la semejanza entre los diferentes tipos de personas presentados y los calificaban sobre diversas escalas bipolares. Para el análisis de los datos utilizaron el método estadístico de escalamiento multidimensional (*MDS*) mediante el cual lograron obtener una representación gráfica de las percepciones que los participantes tenían de las personas estímulo, así como el análisis de *cluster*. Los resultados indicaron que dos dimensiones son básicas en la estructura de las percepciones de las personas que pueden sentirse solas: una concerniente al atractivo físico de la persona percibida y al carácter voluntario o impuesto de la soledad, y una segunda dimensión relacionada con el estatus socioeconómico de la persona y el hecho de tener o no una

relación de pareja. Los resultados fueron correlacionados en torno de la literatura sobre soledad existente en el área psicosocial y en el área de estudio de las relaciones interpersonales.

Relacionado a la depresión en el adulto mayor en un hogar de envejeciente, Hernández & Vásquez (2012) realizaron un estudio titulado '*Depresión en adultos mayores en un hogar de envejecientes una Propuesta integral de intervenciones del Psicólogo*'. El estudio demostró la alta prevalencia de depresión en adultos mayores en un hogar de envejecientes, a partir de comparar la tasa de incidencia de este síndrome con aquellos que no están en un hogar de envejecientes y son atendidos en sus hogares. Se trabajó con dos muestras de este grupo etario: una, integrada por adultos mayores que están en un hogar de envejecientes y otra, por aquellos que viven en sus hogares, que están enfermos y deben ser atendidos por su familia y/o amistades. Como parte de la recolección de datos se les aplicó a ambos la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario de datos generales. A partir de los resultados se realizó una propuesta de intervención del psicólogo dirigida a los profesionales de la salud que atienden a los adultos mayores, a sus familiares (LexJuris de Puerto Rico, 2008).

Marco legal

Explican Pérez & García (2007) la ética es el estudio de la moral como forma de conciencia social. La conciencia social se manifiesta de distintas formas, pero siempre es el reflejo real del hombre, de su existencia social, que surge de su actividad histórica social y de la práctica. La moral se considera un código no escrito, lo que la diferencia del derecho,

código escrito de leyes formales. La moral no tiene leyes pero sí enjuicia y sanciona los actos y las conductas de los miembros de la sociedad.

Es la bioética una forma de la ética aplicada a la salud, especialidad de la ética clásica concebida como "ciencia de la moral". A través de este enfoque hoy se emprende la búsqueda de una "globalización" que incluye aspectos económicos, políticos y tecnológicos, los cuales se suman a los conceptos morales en un todo armónico. Al analizar la relación del anciano con los trabajadores de la salud, considerando al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás, surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.

Los derechos humanos son inherentes a la calidad de ser humano. Según esta concepción, toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad, u otra condición. Las garantías de los derechos humanos son establecidas por la normativa que protege a los individuos y los grupos contra las medidas que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad. En el terreno jurídico propiamente tal, los derechos fundamentales se enuncian en la normativa internacional en materia de derechos humanos, que viene desarrollándose desde 1945 por el Sistema de las Naciones Unidas y que, en algunas regiones del mundo, ha tenido una evolución particular a través de la creación de instrumentos que reflejan la concepción

propia al respecto. Tal es el caso de la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) y el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988) para los países de América Latina y el Caribe, los Estados Unidos y Canadá (Couso).

En Puerto Rico la Ley Núm. 121 de 12 de Julio de 1986, p. 399, según enmendada y conocida como la Ley de la Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada, provee una amplia protección a las personas de edad avanzada. Relacionado al tema bajo estudio, la misma provee un marco legal mediante el cual Recibir atención médica en su fase preventiva, clínica y de rehabilitación para la protección de su salud y su bienestar general. Además establece que ninguna persona de edad avanzada puede ser objeto de restricción involuntaria en un hospital, hogar sustituto o residencial a menos que exista una orden médica o legal que así lo disponga o que sea necesario por razón de mediar un estado de emergencia para evitar lesiones infligidas a sí mismo o a otros. Así mismo se debe garantizar la protección de confidencialidad en la información contenida en sus expedientes médicos, la cual no podrá ser divulgada sin su consentimiento escrito. Esta ley también expresa que los ancianos deberán recibir protección y seguridad física y social contra abusos físicos, emocionales o presiones psicológicas por parte de cualquier persona.

Resumen

Se presentó la literatura relacionada al tema bajo investigación. Se demostró que se pueden atribuir varios factores relacionados al entorno, la familia, aspectos emocionales y aspectos psicosociales para que una persona adulta mayor en un hogar pueda sentirse sola,

por lo que estos en ocasiones se vuelven vulnerables e indefensos para afrontar las necesidades básicas de la dependencia, de su intimidad y de su relación con otras personas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Introducción

En este capítulo se presenta el diseño y las variables que forman parte del estudio. Además se describe la población y los criterios de inclusión de la muestra que se utilizará para completar el proceso de investigación. Se analiza la manera en la que se recolectarán y analizarán los datos, las limitaciones del estudio y como se garantizarán los derechos de los participantes.

Diseño

El diseño de este estudio es uno descriptivo exploratorio. El diseño de investigación desglosa las estrategias básicas que el investigador adopta para generar información exacta e interpretable. Los diseños son estrategias con las que intentamos obtener respuestas a preguntas (Hernández, 2003).

Población

La población se refiere a un conjunto de individuos o elementos que podemos observar, medir una característica o atributo (Polit, & Hungler, 2000). La población del estudio estará compuesta de adultos mayores del Hogar Nuevo Horizonte en San Juan, P.R., cuyo permiso fue otorgado por la Sra. Sandra Álvarez, administradora del hogar.

Muestra

La muestra es una representación significativa de las características de una población. La muestra estará compuesta de veinte (20) adultos mayores en un hogar de envejecientes del Hogar Nuevo Horizonte en San Juan, P.R.

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años
- De ambos sexos
- Interesar participar voluntariamente del estudio
- Estar cognitivamente alertas.

Criterios de exclusión

- Personas menores de 60 años de edad
- No interesar participar del estudio
- No estar cognitivamente alertas

Instrumento

Para la recogida de los datos la investigadora diseñó un cuestionario utilizando las variables del estudio. El cuestionario focaliza dos áreas de interés: (1) con relación al perfil socio-demográfico del/la participante y (2), aseveraciones sobre la soledad y su relación en los niveles de ansiedad en ancianos en un hogar de envejecientes con un valor de tres puntos con un rango de respuestas que van desde estar totalmente de acuerdo o en desacuerdo.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Para evaluar la validez del instrumento, el mismo fue evaluado por un panel de expertos, quienes determinarán si el mismo cumple con los objetivos del estudio. El instrumento irá acompañado de una primera carta invitando a los posibles participantes a formar parte del estudio, así como del consentimiento informado, en la cual se explica en qué consiste el estudio, así como los riesgos y beneficios del mismo y la manera en la que se garantiza la confidencialidad de los participantes.

Procedimiento de la Colección de Datos

Para la realización de este procedimiento se siguieron las recomendaciones hechas por Polit y Hungler (2000) y el Comité de Derechos Humanos de La Universidad Metropolitana el cual es utilizado en este tipo de investigaciones. Para este estudio se someterá la propuesta al IRB de la Universidad Metropolitana para la aprobación del mismo. También se solicitará autorización por escrito a la Administradora del hogar de envejecientes en donde se ha de llevar a cabo el estudio. A esta se le presentará el propósito del estudio y la necesidad de realizar el mismo como parte de un proyecto académico. Una vez recibida la autorización, se procederá a realizar una reunión con la encargada del hogar para identificar aquellos residentes que llenen los criterios de inclusión. Se procederá a explicarles el propósito del estudio, el consentimiento informado y en qué consistirá el mismo. Aquellos participantes que estén de acuerdo y consientan por escrito en participar voluntariamente, se les entregará el instrumento desarrollado por la investigadora. Este proceso se llevará a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio.

Protección de Derechos Humanos

Como parte del protocolo de protección de derechos humanos, la investigadora para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación realizó las certificaciones del RCR, IRB e HIPAA relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observarán los principios de confidencialidad y protección de la identidad. Se le explicará que la participación en la investigación es voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento se considera mínimo. Actualmente el potencial a riesgo real

físico, psicológico, social, legal o de otra índole es mínimo incluyendo el de la investigadora. El único riesgo potencial de los participantes es sentirse levemente cansados al completar el instrumento.

Además la investigadora durante el reclutamiento proveerá a los (as) participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los(as) participantes. El consentimiento informado describe el propósito del estudio, cuan largo es el instrumento y el tipo de preguntas que se realizarán. La aprobación del estudio lo hará el Comité de Derechos Humanos de la Universidad Metropolitana (IRB) y se esperará por la autorización de parte del Hospital donde se ha de llevar a cabo el estudio para la administración del cuestionario. Los participantes que acepten ser parte del estudio podrán retirarse del mismo en el momento que lo desee, sin ser cohesionado por la investigadora. Se le explicará de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los (as) participantes no han de recibir compensación económica. La investigadora estará disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. Una vez contestado el instrumento por los participantes este le será entregado a la investigadora para su tabulación y análisis.

De entender los participantes, que le han sido violados sus derechos se le proveerá el número de teléfono de la Oficina de Derechos Humanos de la Universidad Metropolitana (IRB) para que se comuniquen cuando estos lo deseen. La investigadora proveerá su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surja de parte de algún participante, luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Una vez recolectados los cuestionarios, estos serán custodiados por la investigadora. La carta de consentimiento será guardada en sobre sellado separada

de los instrumentos para garantizar la objetividad y pureza del proceso. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no se conecte con la información provista por los participantes en el cuestionario durante y después de la investigación. Ambos documentos serán guardados bajo llave en un lugar seguro por un periodo de 5 años. Luego de haber finalizado el periodo de los 5 años los documentos obtenidos durante la investigación serán triturados. El estudio está garantizado por lo que se les asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Precauciones para Minimizar Riesgos

La investigadora utilizará un vocabulario neutral, no ofensivo, al relacionarse con los participantes. A quienes se les permitirá tomarse el tiempo necesario para llenar el cuestionario en su totalidad y se les explicará que pueden retirarse de participar del estudio cuando así lo deseen sin penalidad alguna. Se harán arreglos previos para referir al trabajador social del hospital a cualquier persona que así lo necesitase.

Análisis estadístico

El análisis estadístico utilizado en este estudio de campo será la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el por ciento, frecuencia y promedio. En caso de los datos socio-demográficos los mismos se analizarán mediante estadísticas descriptivas de por ciento. Las estrategias a utilizar para demostrar los resultados de esta propuesta investigativa son mediante gráficas utilizando el programa Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010.

Limitaciones

Una de las limitaciones que se anticipan está relacionada a que los participantes serán escogido mediante su disponibilidad y que los resultados no serán extrapolados a nivel isla. Entre las limitaciones podemos encontrar las siguientes:

- El tamaño de la muestra debido a que solo se encuestaron 20 pacientes femeninas, entiendo que se debe analizar la percepción del género masculino.

Resumen

Este capítulo comprendió el diseño del estudio guiado por Polit y Hungler (2000), se presentaron las variables del estudio así como información sobre el instrumento y su validez. Además se describió el proceso para la recolección de los datos necesarios para completar el estudio y se garantizó la protección de los derechos humanos de los potenciales participantes de la investigación, a tono con los criterios de inclusión y exclusión de los posibles participantes.

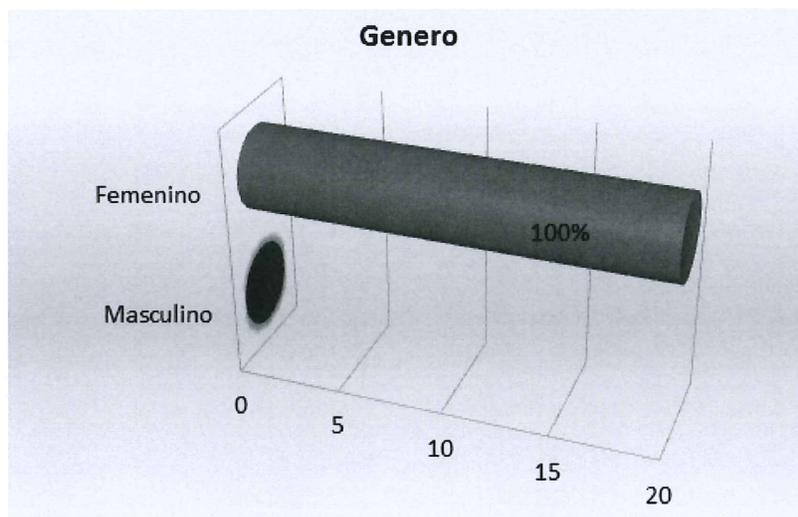
CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados del cuestionario administrado a los 20 pacientes del Hogar de Envejecientes Nuevo Horizonte de San Juan, Puerto Rico; que tienen como fin indagar, a través de la percepción de los encuestados, la relación que existe entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor. Los resultados encontrados se detallarán a continuación:

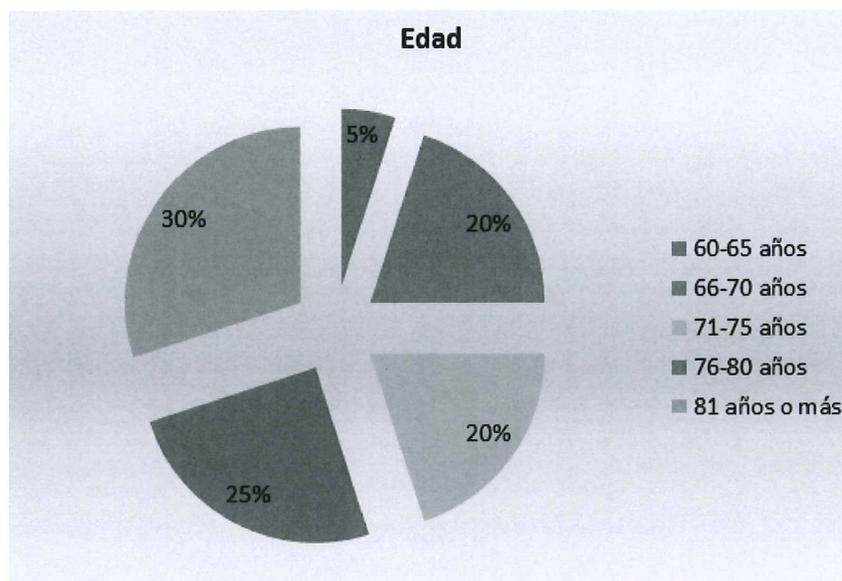
Resultados Perfil Socio-Demográfico

Grafica 1:



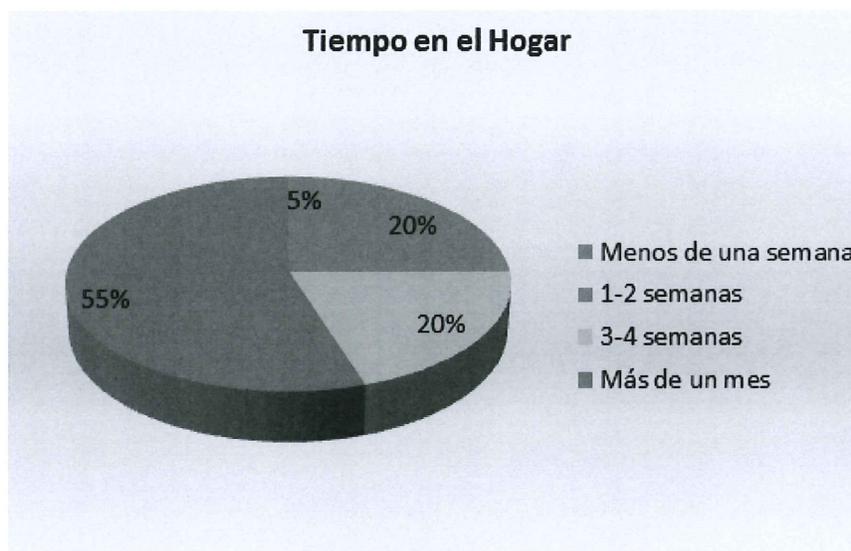
La distribución de encuestados, por género, que participaron en la investigación estuvo dominada por el género femenino con un 100% de la población encuestada.

Grafica 2:



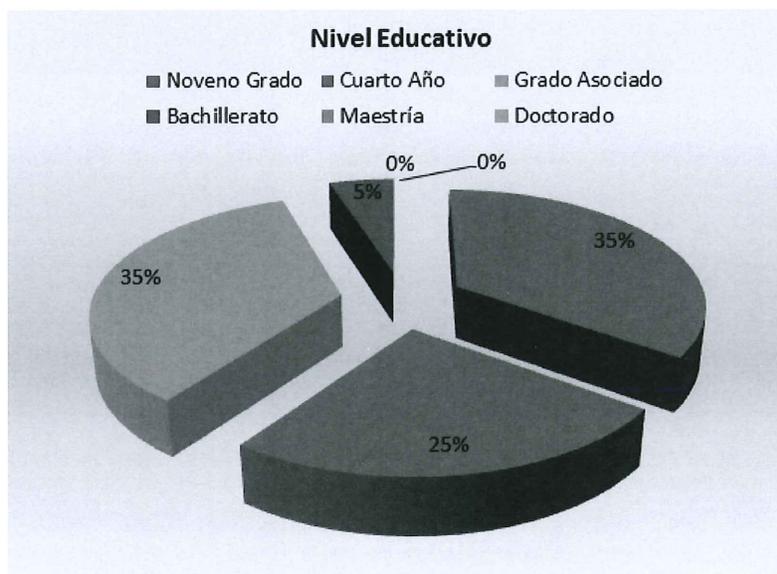
Se encontró que el 30% de los encuestados tenían 81 años o más, otro 25% tenía 76-80 años, además que un 20% tenía 71-75 años, que otro 20% tenía 66-70 años y que el 5% tenía 60-65 años.

Gráfica 3:



Se encontró que el 55% de los encuestados llevaban más de un mes residiendo en el hogar de envejecientes, otro 20% llevaba de 3-4 semanas, además que otro 20% llevaba de 1-2 semanas y que el 5% tenía menos de una semana..

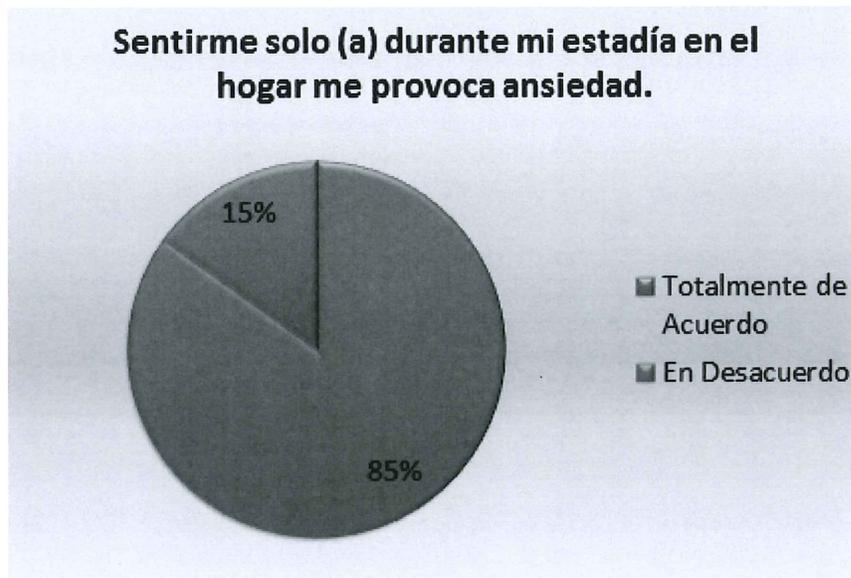
Gráfica 4:



Se encontró que el 35% de los encuestados habían completado un noveno grado, otro 35% había completado un grado asociado, además que un 25% había completado el cuarto año y que el 5% tenía bachillerato.

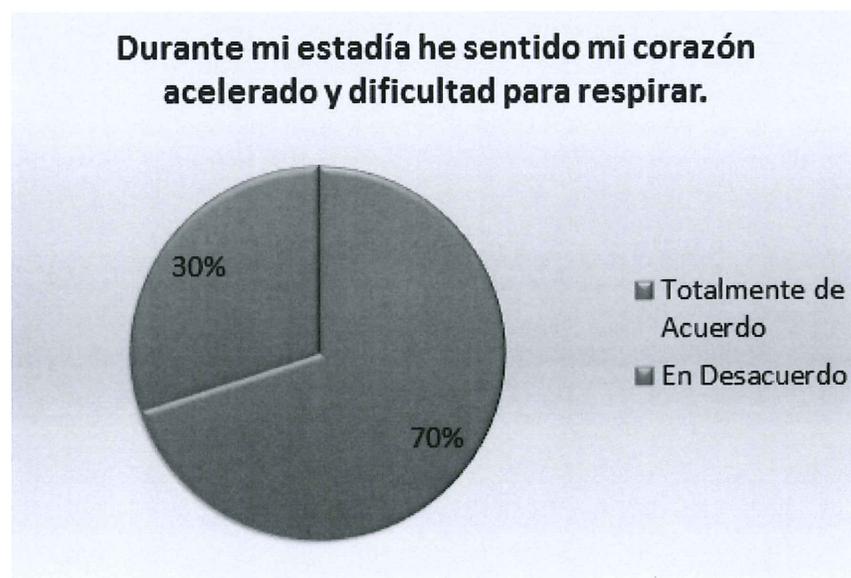
Resultados Cuestionario

Grafica 1:



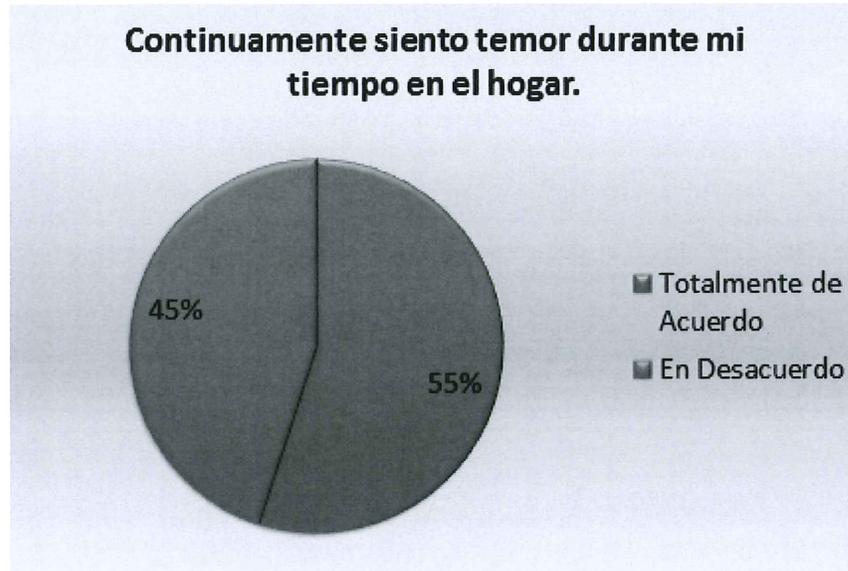
Se encontró que 85% de los encuestados estaban totalmente de acuerdo a que se sentían solo (a) durante la estadía en el hogar provocándole ansiedad; mientras que el 15% indican que están totalmente en desacuerdo.

Grafica 2:



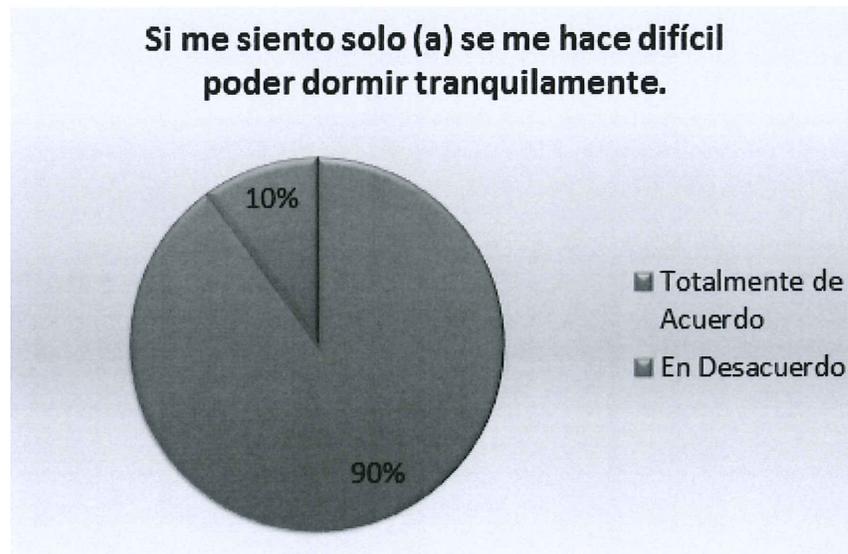
Se encontró que el 70% de los encuestados están totalmente de acuerdo a que durante la estadía en el hogar han sentido su corazón acelerado y dificultad para respirar; mientras el 30% están en desacuerdo.

Grafica 3:



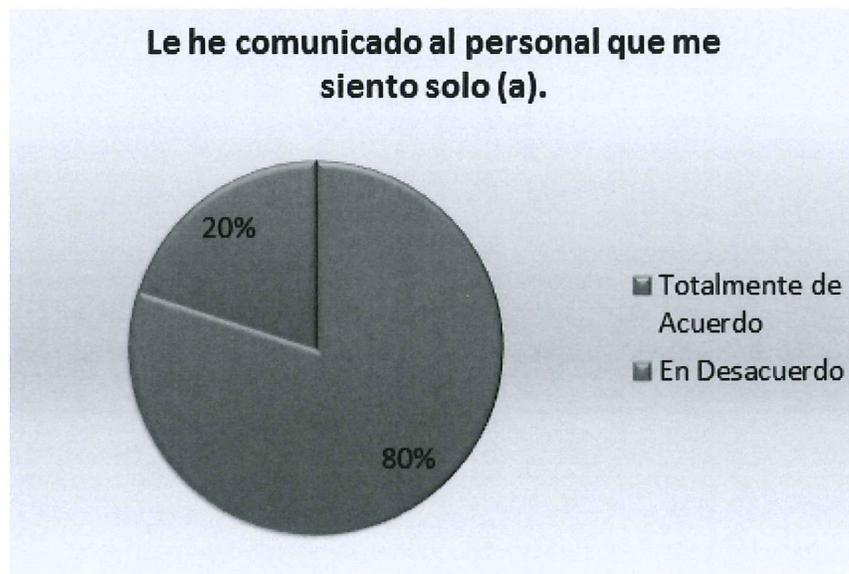
Se encontró que el 55% de los encuestados están totalmente de acuerdo a que continuamente sienten temor durante el tiempo que llevan en el hogar; mientras que el 45% están en desacuerdo.

Grafica 4:



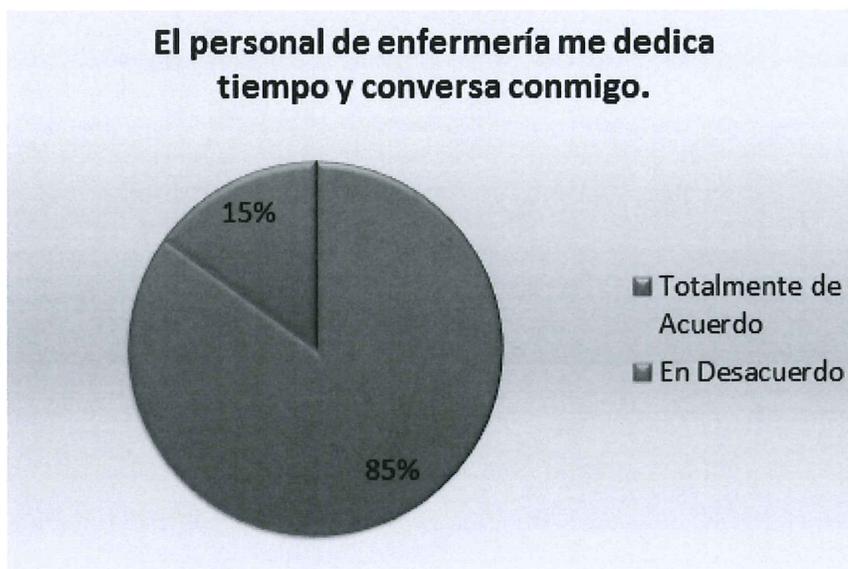
Se encontró que el 90% de los encuestados están totalmente de acuerdo en si se sienten solo (a) se les hace difícil poder dormir tranquilamente; mientras el 10% está en desacuerdo.

Grafica 5:



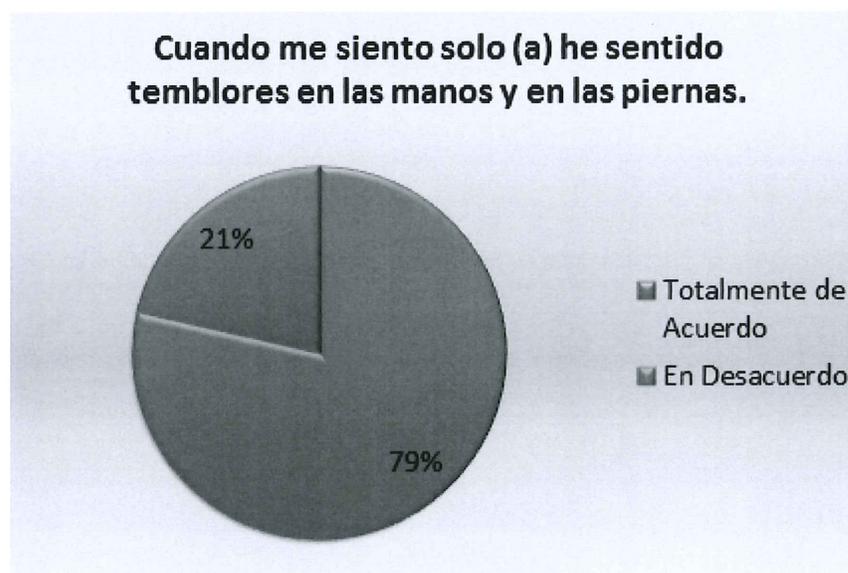
Se encontró que el 80% de los encuestados están totalmente de acuerdo en que le han comunicado al persona que se sienten solo (a); mientras el 20% está en desacuerdo.

Grafica 6:



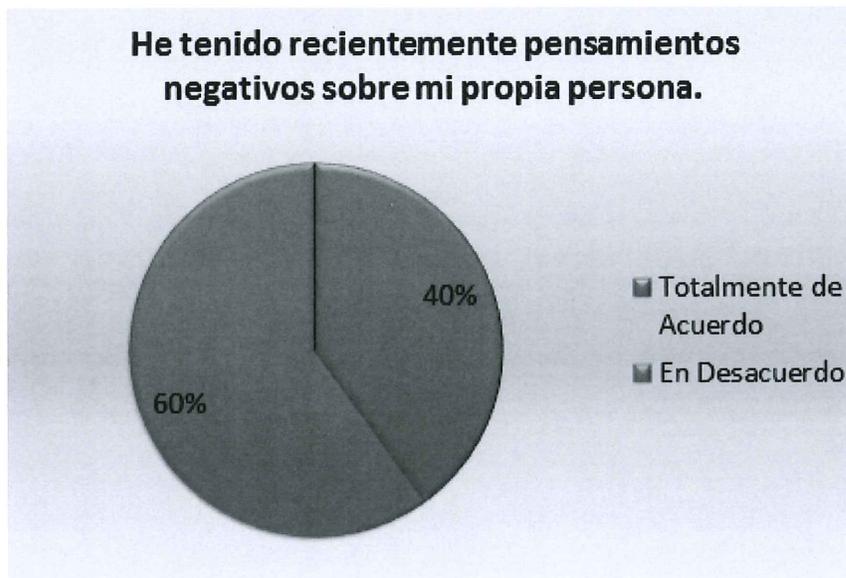
Se encontró que el 85% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que el personal de enfermería les dedica tiempo y conversan con ellas; mientras que el 15% está en desacuerdo.

Grafica 7:



Se encontró que el 79% de los encuestados indican que están totalmente de acuerdo en que cuando se sienten solo (a) han sentido temblores en las manos y las piernas; mientras el 21% están en desacuerdo.

Grafica 8:



Se encontró que el 60% de los encuestados están en desacuerdo en que han tenido recientemente pensamientos negativos sobre su propia persona; mientras el 40% están totalmente de acuerdo.

Grafica 9:



Se encontró que el 80% de los encuestados están en desacuerdo porque sus familiares no lo visitan todos los días; mientras el 20% están totalmente de acuerdo.

Grafica 10:



Se encontró que el 65% de los encuestados están totalmente de acuerdo en que quisieran que sus familiares los visitaran con mayor frecuencia; mientras que el 35% está en desacuerdo.

Discusión

En el estudio participaron 20 personas adultas mayores que residen en el hogar de envejecientes Nuevo Horizonte en San Juan, PR. El 100% de la población encuestada es del género femenino. Asimismo, es importante señalar que en este estudio se encuesta a personas mayores de 60 años que residen en un hogar de envejecientes por un periodo de 1 semana hasta más de un mes. Cuyo nivel educativo de los pacientes fluctúa entre el noveno grado y el bachillerato.

Basándose a la pregunta investigativa de este estudio se puede concluir que existe relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padecen los adultos mayores en un hogar de envejecientes.

El primer objetivo de este estudio es examinar si existe relación significativa entre los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes; estableciéndose que la percepción de los encuestados es que si existe relación debido a que el estar en el hogar de envejecientes les provoca ansiedad para muchos de ellos porque no están acostumbrados a ese entorno, porque les hace falta la familia, por la falta de apoyo por parte de la familia, porque sienten que son una carga para los demás, por los cambios que enfrentan y por la falta de apoyo emocional.

El segundo objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a los sentimientos de soledad y ansiedad que padece el adulto mayor en un hogar de envejecientes; estableciéndose que la percepción de los encuestados es que presentan sentimientos de soledad, aceleración de los latidos del corazón, dificultad respiratoria, temor, verbalización de soledad, temblores en las extremidades y falta de apoyo familiar.

Por lo antes expuesto en este estudio se entiende que los adultos mayores integrados a un hogar de envejecientes padecen de ansiedad debido a la soledad que confrontan por no tener a su familia y estar en un entorno al que no están acostumbrados. Lo sabemos porque en el cuestionario el 85% de los encuestados indico que sentirse solo en la estadía en el hogar les provoca ansiedad; el 70% de los encuestados indico que durante la estadía en el hogar han sentido su corazón acelerado y dificultad para respirar; el 55% de los encuestados indico que continuamente sienten temor durante el tiempo que llevan en el hogar; el 90% de los encuestados indican que se sienten solo y se les hace difícil poder dormir tranquilamente; el 80% de los encuestados indican que le han comunicado al personal que se sienten solo; el 85% de los encuestados indican que el personal de enfermería les dedica tiempo y conversan con ellas; el 79% de los encuestados indican que cuando se sienten solo han sentido temblores en las manos y las piernas; el 80% de los

encuestados están en desacuerdo porque sus familiares no lo visitan todos los días y el 65% de los encuestados están totalmente de acuerdo en que quisieran que sus familiares los visitaran con mayor frecuencia. Estos sentimientos que presentan los adultos mayores en hogares de envejecientes que afectan su calidad de vida y su estado de ánimo aumentando los sentimientos de soledad y ansiedad en estos pacientes. Esto significa que esta población está en riesgo ya que ellos necesitan más ayuda, más soporte, además de apoyo social, espiritual, de la comunidad, de la familia, entre otros. Por lo tanto, para minimizar el deterioro de la calidad de vida debido a la soledad en que se enfrentan y al alto nivel de ansiedad se deben realizar intervenciones de nivel primario y secundario que permitan reducir el impacto en la salud mental de los adultos mayores, a partir de estrategias integradas entre el personal del hogar de envejecientes, psicológico y profesionales enfermería.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Conclusión

El estudio permitió comprobar la relación que existe entre la soledad y la ansiedad en los adultos mayores y como estas afectan la calidad de vida del adulto mayor en un hogar de envejecientes.

Esta investigación concluye según, la percepción de los participantes adultos mayores que están en un hogar de envejecientes padecen de ansiedad relacionada a la soledad a la que se enfrentan. Esto es debido a que no están acostumbrados a ese entorno, porque les hace falta la familia, porque sienten que son una carga para los demás, por los cambios que enfrentan y por la falta de apoyo emocional.

Se espera que esta población reciba ayuda psicológica, y emocional por parte de profesionales de la salud, miembros de la comunidad y del hogar de envejecientes para que puedan afrontar la situación y mejorar así su estado de ánimo, minimicen los sentimientos de soledad y la ansiedad.

Recomendaciones

Las recomendaciones que se harán a continuación son basadas a lo recopilado en esta investigación y a los resultados de la misma:

- Proveer terapias integrales donde los pacientes puedan expresar su estado emocional para mejorar su estado de ánimo y su calidad de vida.
- Proveer terapia psicológica o consejería para que los pacientes puedan afrontar su sentimiento de soledad.

- Proveer actividades recreacionales que permitan a los pacientes tener la mente ocupada para así minimizar su ansiedad y sus pensamientos de soledad.
- Realizar una línea directa con los familiares para que estos pacientes puedan tener visitas más frecuentes.
- Proveer asesor espiritual (capellanía) para que esta población se fortalezca espiritualmente.

CAPITULO VI

REFERENCIAS

- Alonso P; Palacio DE V. (2003). *El ser humano como una totalidad*. Disponible en:
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/1_El_ser_humano.pdf.
- Bazo (2012). La soledad en las personas mayores. Disponible en
http://www.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/5006las_oledad.pdf
- Béjar, H. (1993). *La cultura del yo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Blai (2009) *Ansiedad, definición*. Disponible en <http://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
- Cardona Jiménez, J.L., Villamil Gallego, M.M., Hema Villa, E., Quintero Echeveri, A. (2011). *El afrontamiento de la soledad en la población adulta*. Colombia, Corporación Universitaria Remington. ; 30 (2) 150-162
- Clemente, A. Tartaglino, M. F. y Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 47-53.
- Esposito, F. (2000) *Percepción de la soledad*. España Universidad de Granada 12 (4): 570- 585
- Expósito, F. & Moya, M. (2000). *Percepción de la soledad*. *Psicothema*, 12(4), 579-585.
- Gordillo, Martínez & Mestas, (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes pre quirúrgicos. *Revista Clínica Médica Familiar vol.4 no.3* Albacete.
- Guillen S., & Cantaurias N. (2011) Vivencias del paciente adulto en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. *In Crescendo v.2 n.1* Ancash ene.-jun
- Hernández & Vásquez (2012) *Depresión en adultos mayores en una Propuesta integral*

de intervenciones del Psicólogo. México, Rev. Electrónica Medicina, Salud y Sociedad 2012; 3 (1): 24-28

Herrera Z., Torres Marín (2007) Adultos mayores dependientes hogar de envejecientes: transición del cuidado. [Investigación en enfermería]. *Rev. Investigación y educación en enfermería*. Vol. 25 N° 1, Año 2007.

Jiménez, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hogar de envejeciente. *Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 2, 71-78.

LexJuris de Puerto Rico, (2008). *Ley de la carta de derechos personas de edad avanzada*.

Disponible en:

<http://www.lexjuris.com/LEXMATE/EdadAvanzada/lexl1986121/htm>

Llácer, (2009) Ansiedad, trastornos de ansiedad. Historia y re descripción de la angustia Clínica.

Länge, A., Probst, C. (2000) *Cuestiones existenciales sobre el Adulto Mayor*. Japón, international Medical Journal; 7 (3): 199-196

Lotus Y. (2000) The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample". *J Adventist Nurse*. Vol. 32, N° 3, Año 2000. p. 619

Marín I, Martínez P, Ponsich J, Pubill M., (2004) Ansiedad en pacientes intervenidos de Rodilla (Prótesis total rodilla). *Enfermería Global*; 4:1-11.

Martínez-Mendoza, J.A. & Martínez-Ordaz, V. A. & Esquivel-Molina, C. G. & Velasco-Rodríguez, V.M. (2007) *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor*. México, *Revista Médica Instrumental Mexicana Seguro Social* 2007; 45 (1): 21-28

Molina, Uribe & Figueroa (2013) realizaron una investigación titulada '*Dolor, calidad de*

- vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos.* Colombia, Universidad Pontificia Bolivariana. Revista 2013; 11 (1): 45- 53
- Moya, M.C. (1994). Percepción de personas. En J.F. Morales et al., *Psicología Social*. Madrid: McGraw Hill.
- Moya, M. (1999) Percepción social y de personas. En J.F. Morales: *Psicología Social* (2ª ed.). Madrid, McGraw-Hill
- Nicuesa, (2013) *La soledad en la tercera edad*. Disponible en <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/la-soledad-en-la-tercera-edad-8453>
- Olmo (2010) *La soledad en las personas mayores*. Disponible en <http://www.vejezyvida.com/la-soledad-en-las-personas-mayores/>
- OPS/OMS (2001) *La Salud de los Ancianos: una preocupación de todos*. Comunicación para la Salud no. 3 Wash. D.C. EUA., pp. 5,
- Organización Panamericana de la Salud, (2011). Evaluación del estado mental del adulto mayor. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
- Ortiz, (2005) *Aspectos psicológicos en el anciano*. Disponible en http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p48.htm
- Parse R, Coyne A, Smith M. (1985). *Nursing research: qualitative methods*. Maryland, Communications Co.
- Pritchard M., (2004) Measuring anxiety in surgical patients using a visual analogue scale. *Nurs Stand.*;25:40-4.
- Rego Barcala, E., Andrés Fernández, S. Fuentes Diego J (2004) *Los ancianos y la soledad*. España, Asociación de Profesores de Psicología de Cantabria. Revista 2004; 1-8

Rodríguez (2010) consideraciones teórico prácticas en la salud de los adultos mayores.

Revista Digital - Buenos Aires - Año 15 - N° 144 - Mayo de 2010

Rodríguez, N. (2008). Longevidad y calidad de vida. Perspectivas en Psicología: *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 5 (2), 107-110

Rodríguez, R. (2010). Salud, amor y sexo en los adultos mayores. Guayaquil: Eduquil.

Sánchez & Llorente (2012) Percepción de soledad en pacientes en una unidad de media y larga estancia. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5132>

Tuesca, R. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (5), 595-604

APENDICE A

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD QUE PADECE EL ADULTO MAYOR EN UN HOGAR DE ENVEJECIENTE

(Autor: Gabriela Robledo, 2014)

Introducción: *Por favor dedica un tiempo para completar este cuestionario. El mismo consiste de dos partes. Tus respuestas serán estrictamente confidenciales y será utilizada para fines estadísticos y educativos. Cualquier duda que tenga favor de indicarnos para asistirle.*

PARTE I. PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO

Favor de contestar todas las aseveraciones seleccionando la mejor contestación para cada una de ellas.

1. Género:

Masculino

Femenino

2. Edad:

60-65 años

66-70 años

71-75 años

76-80 años

81 años o más

4. Nivel Educativo:

Noveno grado

Cuarto año

Grado Asociado

Bachillerato

Maestría

Doctorado

3. Tiempo en el hogar

Menos de una semana

1-2 semanas

3-4 semanas

más de un mes



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-508-15

Approval Date May 7, 2015

Expiration Date May 6, 2016

**RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD QUE PADECE EL
ADULTO MAYOR EN UN HOGAR DE ENVEJECIENTE**

Favor de contestar todas las aseveraciones seleccionando la mejor contestación para cada una de ellas. Marque una x *debajo de totalmente de acuerdo o en desacuerdo* para cada una de las aseveraciones.

ÍTEMS	Totalmente de Acuerdo 2	En desacuerdo 1
1. Sentirme solo (a) durante mi estadía en el hogar me provoca ansiedad.		
2. Durante mi estadía he sentido mi corazón acelerado y dificultad para respirar.		
3. Continuamente siento temor durante mi tiempo en el hogar.		
4. Si me siento solo (a) se me hace difícil poder dormir tranquilamente.		
5. Le he comunicado al personal que me siento solo (a).		
6. El personal de enfermería me dedica tiempo y conversa conmigo.		
7. Cuando me siento solo (a) he sentido temblores en las manos y en las piernas.		
8. He tenido recientemente pensamientos negativos sobre mi propia persona.		
9. Mis familiares me visitan todos los días.		
10. Quisiera que mis familiares me visitaran con mayor frecuencia.		



APENDICE B



Hogar Nuevo Horizonte

Ext. San Agustín #366 Calle 8, Río Piedras, P. R. 00926

Tels. (787) 764-7811 · (787) 960-3980

23 de febrero de 2015

A Quien Pueda Interesar:

Por la presente misiva, yo Sandra Álvarez, Administradora del Hogar Nuevo Horizonte ubicado en Ext. San Agustín #366 Calle 8, en Río Piedras, certifico que la Sra. Gabriela Robledo Rosario, estudiante de la Universidad Metropolitana es autorizada para realizar su estudio investigativo acerca de "la relación que existe entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor hospitalizado", a través de una entrevista y entrega de un formulario a los pacientes que residen aquí en el hogar y que deseen voluntariamente participar en el mismo.

Cualquier duda o pregunta pueden comunicarse con la que suscribe a los números de teléfonos arriba proporcionados.

Atentamente;

Sandra Álvarez
Administradora
Hogar Nuevo Horizonte

APENDICE C



Hogar Nuevo Horizonte

Ext. San Agustín #366 Calle 8, Rio Piedras, P. R. 00926

Tels. (787) 764-7811 · (787) 960-3980

24 de abril de 2015

Hoja de Servicio

A Todos los Participantes:

Por la presente misiva, deseamos informales que cualquier inquietud que usted tenga al contestar el cuestionario del estudio “Relación entre la Soledad y los Niveles de Ansiedad que Padece el Adulto Mayor en un Hogar de Envejeciente” usted puede comunicarse con la Trabajadora Social la Sra. Rosa Santiago Santiago con numero de licencia 8610 al tel. (787) 387-0209 en horas laborables de Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-508-15

Approval Date May 7, 2015

Expiration Date May 6, 2016

APENDICE D



**Sistema Universitario Ana G. Méndez
Escuela de Ciencias de la Salud
Bayamon
Departamento de Enfermería**

**Información para participar en un estudio/investigación
Carta Informativa**

**Relación entre la soledad y los niveles de ansiedad que padece el adulto mayor
en un hogar de envejeciente**

Descripción del estudio/investigación

La estudiante Gabriela Robledo Rosario, le invita a formar parte de un estudio. El propósito de este estudio es preguntar la relación que existe entre la soledad y los niveles de ansiedad que pudiera usted experimentar viviendo en un hogar de envejeciente.

Su participación en este estudio consiste en completar un cuestionario de dos (2) partes. La primera parte es conocer un poco de usted: su edad, nivel de educación y el tiempo que lleva viviendo en el hogar. La segunda parte son diez (10) preguntas para conocer cómo se siente usted viviendo en el hogar.

Le tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos participar de este estudio.

Riesgos e Incomodidad

Existen riesgos mínimos que puedan resultar de participar en este estudio. Estos pueden ser falta de interés, desacuerdo o cansancio al completar el cuestionario. De ser sentir algún síntoma o situación se seguirá el protocolo del hogar y la administración.

Posibles Beneficios

El beneficio que usted obtendrá es sentirse satisfecho/a de formar parte de un estudio investigativo académico.

Protección de la Privacidad y Confidencialidad

Toda información relacionada a su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los datos recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave. Cualquier documento recopilado será guardado por la investigadora por un periodo de cinco (5) años. Los mismos estarán bajo la tutela del investigador principal Gabriela Robledo Rosario. Una vez concluido los cinco años los documentos será destruidos utilizando una trituradora de papel.



Decisión sobre su participación en este estudio

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

Información contacto

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte a Gabriela Robledo Rosario, grobledo@suagm.edu al 787-244-3192. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o compliance@suagm.edu.

Una copia de esta carta informativa le será entregada.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-508-15
Approval Date May 7, 2015
Expiration Date May 6, 2016

APENDICE E



SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MÉNDEZ
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Oficina de Cumplimiento

Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)

Fecha : 7 de mayo de 2015

Investigador principal : Gabriela Robledo Rosario, BSN

Título protocolo : RELACIÓN ENTRE LA SOLEDAD Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD QUE PADECE EL ADULTO MAYOR EN UN HOGAR DE ENVEJECIENTE

Mentor : Maria J. Colón, DNP

Número de protocolo : 01-508-15

Tipo de solicitud : Protocolo Inicial

Institución/Escuela : Universidad Metropolitana, Bayamón
Escuela de Ciencias de la Salud

Tipo de revisión : Expedita

Acción tomada : Aprobada

Fecha de revisión : 7 de mayo de 2015

Certificamos que el estudio/investigación de referencia recibido en la Oficina de Cumplimiento fue revisado por la *Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)* en **7 de mayo de 2015**. El mismo fue evaluado y aprobado a través de una revisión expedita.

Los siguientes documentos fueron revisados:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo | <input checked="" type="checkbox"/> Anuncio servicios |
| <input type="checkbox"/> Asentimiento Informado en español para estudiantes | <input checked="" type="checkbox"/> Curriculum Vitae (PI / Mentor) |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento Informado para un estudio de riesgo mínimo (en español) | <input checked="" type="checkbox"/> Certificado de HIPAA (PI / Mentor) |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento Padres participación hijo(a) | <input type="checkbox"/> "Package Insert" |
| <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento: Cuestionario | <input type="checkbox"/> "Investigator Brochure" |
| <input checked="" type="checkbox"/> Certificado de Protección para Participantes Humanos (PI / Mentor) | <input checked="" type="checkbox"/> Otras: Capítulos tesis 1 al 3, Certificado RCR (PI / Mentor), etc. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hoja Informativa para participante Voluntario | <input type="checkbox"/> Derecho de autor |
| | <input type="checkbox"/> Evidencia/ Recibo de compra del instrumento |
| | <input type="checkbox"/> Carta de Enmienda |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Carta de autorización |

Nombre del Investigador: **Gabriela Robledo Rosario, BSN**
Protocolo **01-508-15**
7 de mayo de 2015

Favor de tener presente los siguientes puntos:

- La hoja informativa y/o consentimiento es un documento que asegura que los sujetos o participantes entienden su participación en el estudio, además la hoja de consentimiento es un seguro de protección para los mismos después de ser firmado. De acuerdo con las Regulaciones Federales se requiere que los participantes reciban copia de la hoja informativa y/o consentimiento después de haber firmado el mismo.
- De realizarse algún cambio en los documentos anejados con este estudio deben ser sometidos nuevamente al IRB para su debida revisión y aprobación utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cambios/ Enmiendas".
- Todo evento adverso o no esperado debe ser informado al IRB utilizando la forma de IRB de "Eventos Adversos".
- Todos los documentos relacionados con la investigación deben ser guardados hasta un término de cinco (5) años. Pasado este término los mismos deben ser eliminados/ triturados, no quemados.
- De no realizar su investigación en el término aprobado deberá someter una solicitud de "Revisión Continua" llenando la forma IRB para "Renovar un Protocolo ya Aprobado" antes de vencerse el mismo.
- Al finalizar su investigación debe someter una solicitud de cierre utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cierre de Protocolo" aprobado por el IRB.

Usted podrá llevar a cabo este estudio durante el término de un año venciendo en 6 de mayo de 2016.

Para más información, aclarar dudas, notificar algún evento adverso o no anticipado puede comunicarse con su Coordinador de Cumplimiento Institucional en: la Universidad Metropolitana la Srta. Carmen Crespo al (787)766-1717 ext. 6366; Universidad del Turabo la Prof. Josefina Melgar al (787)743-7979 ext.4126; y en la Universidad del Este la Srta. Natalia Torres al (787)257-7373 Ext. 2279; Administración Central la Sra. Wanda Vázquez Solá, (787) 751-0178 ext. 7195 o puede escribir a:

Oficina de Cumplimiento
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Sistema Universitario Ana G. Méndez
P.O. Box 21345
San Juan, PR 00928-1345
Tel. 787 751-0178 exts.7195-7197; Fax 787 751-9517