

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES JUBILADOS,
CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.
CAJAMARCA 2019”.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

MARA ESMERALDA NÚÑEZ CERQUERA

ASESORAS:

**JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ
SEGUNDA AYDEE GARCÍA FLORES**

**CAJAMARCA – PERÚ
2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES JUBILADOS,
CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.
CAJAMARCA 2019”.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

MARA ESMERALDA NÚÑEZ CERQUERA

ASESORAS:

**JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ
SEGUNDA AYDEE GARCÍA FLORES**

**CAJAMARCA – PERÚ
2021**

Copyright © 2019

MARA ESMERALDA NÚÑEZ CERQUERA

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Núñez ME. 2019 **“Vivencias de los adultos mayores jubilados, con enfermedades crónico degenerativas. Cajamarca 2019”**/Mara Esmeralda Núñez Cerquera / 49páginas.

Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Asesoras: Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Profesora principal adscrita a la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC

M. Cs. Segunda Aydee García Flores

Profesora principal adscrita a la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería –
UNC

– UNC 2021.

MODALIDAD "A"


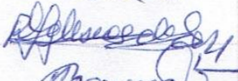
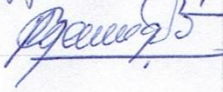


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 4 p.m. del 20 de septiembre del 2021, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: "Vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedades crónicas degenerativas. Cajamarca 2019"

del (a) Bachiller en Enfermería:

Mara Esmeralda Nuñez Berqueze

Siendo las 5:30 p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

| Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos | | Firma |
|--|---|---|
| Presidente: | M. Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares |  |
| Secretario(a): | M. Cs. Regine Edijebeth Iglesias Flores |  |
| Vocal: | M. Cs. Angela Bruiques Durán |  |
| Accesitaria: | | |
| Asesor (a): | Dra Juana Aurelia Niniente Ortiz |  |
| Asesor (a): | M. Cs. Segundo Aydeli Lercia Flores |  |

Términos de Calificación:
EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A mi familia:

Dedico de manera especial a mi Madre por su amor y confianza en mí, por impulsarme a culminar mis estudios.

A mi padre, hermana y hermano que me han ofrecido el amor y calidez de la familia a la cual amo.

AGRADECIMIENTOS

Dios me ha dado salud y bendiciones para lograr mis metas como personal y profesional.

Dra. Juana Ninatanta Ortiz por su orientación y dedicación en la culminación de mi tesis.

Los profesores de la Facultad Académica de Enfermería de la Universidad Nacional Cajamarca compartieron su sabiduría y conocimiento en mi vida universitaria.

Al Club de Jubilados Cajamarca, a los adultos mayores que permitieron compartir sus vivencias y aprender mucho de ellos.

Gracias a todos los que contribuyeron a la culminación de esta investigación de alguna manera, y la gratitud que siempre me han expresado.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-------------|
| DEDICATORIA..... | vii |
| AGRADECIMIENTOS..... | viii |
| TABLA DE CONTENIDOS. | ix |
| RESUMEN..... | xi |
| ABSTRACT... .. | xii |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Presentación del Presentación del Problema de Investigación..... | 1 |
| 1.2. Pregunta de Investigación... .. | 5 |
| 1.3. Objetivos... .. | 5 |
| CAPÍTULO II..... | 8 |
| II. ABORDAJE TEÓRICO..... | 8 |
| 2.1. Vivencias..... | 8 |
| 2.2. El Adulto Mayor... .. | 13 |
| 2.3. Enfermedades Crónico Degenerativas más Comunes..... | 14 |
| 2.4. Vivencia del Adulto Mayor con Enfermedad Crónica..... | 19 |
| 2.5.- Situación del Adulto Mayor Jubilado... .. | 22 |
| CAPÍTULO III..... | 27 |
| III. ABORDAJE METODOLÓGICO | 27 |
| 3.1. Tipo de Investigación | 27 |
| 3.2. Área de Estudio | 28 |
| 3.3. Escenario de Estudio | 29 |
| 3.4. Sujetos de Investigación... .. | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información..... | 31 |
| 3.6. Análisis e Interpretación de la Información | 34 |
| 3.7. Consideraciones Éticas y Rigor Científico..... | 36 |
| CAPITULO IV..... | 39 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 39 |
| 4.1. Identificando la presencia de la enfermedad en el cuerpo..... | 39 |
| 4.2. Reacción al saber de la enfermedad..... | 42 |
| 4.3. Vivir con lo que yo he construido..... | 45 |
| 4.4. Aceptación y convivencia con la enfermedad..... | 47 |
| 4.5. La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados..... | 50 |
| 4.6. Consideraciones finales..... | 53 |
| IV. RECOMENDACIONES..... | 57 |
| V. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS..... | 58 |
| VI ANEXOS | 62 |
| Consentimiento Informado..... | 63 |
| Estructura de la Entrevista..... | 63 |

RESUMEN

Título: “**Vivencias de los adultos mayores jubilados, con enfermedades crónico degenerativas. Cajamarca 2019**”.

Club de Jubilados Cajamarca, 2019

Autora: Mara Esmeralda Núñez Cerquera ¹

Asesoras: Juana Aurelia Ninatanta Ortiz²

Segunda Aydee García Flores ³

La presente investigación tuvo el objetivo de comprender y describir las vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedad crónica degenerativa, Cajamarca 2019. El estudio es cualitativo descriptivo, se realizó en una muestra de 10 adultos mayores. La técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada; para el análisis e interpretación de la información se utilizó el análisis del discurso. Resultados: se organizó cuatro categorías: a) Identificación de los primeros síntomas en el cuerpo, referida a las primeras molestias que las llevó a la automedicación y consulta médica, b) Reacción al saber de la enfermedad: dolor emocional y sentimientos; referido a sufrimiento, pero a la vez con distracciones para sentirse bien a pesar del dolor, c) vivir con lo que he construido...” es una carga”, observándose el conflicto interno y culpabilidad, porque no supieron cuidar su salud, d) aceptación y convivencia con la enfermedad, expresa un proceso interno, a través del cual reconocen su realidad y la asumen; e) La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados, debido que es difícil valerse por sí mismos en sus actividades, se aíslan y necesitan de mayor cuidado. **Consideraciones finales:** el adulto jubilado y enfermo, viven su vejez con situaciones de culpabilidad, tristeza, desesperanza, miedo y pena, sentimientos que forman parte de su vida cotidiana, que lleva a la comprensión del padecimiento del ser humano frente a la enfermedad crónica, para un mejor cuidado de su salud a nivel familia, profesionales y autoridades de salud.

Palabras Clave: Vivencias, adulto mayor, enfermedad crónica, dolor físico y emocional, aceptación, convivencia, limitación.

ABSTRACT

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach. Enf. Mara Esmeralda Núñez Cerquera. UNC)

² Juana Ninatanta Ortiz, Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

³ Segunda Aydee García Flores, Magister en Ciencias de la Salud. Profesora asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

Title: “**Experiences of retired older adults, with chronic degenerative diseases. Cajamarca 2019**”.

Cajamarca Senior Citizens Club, 2019

Autora: Mara Esmeralda Núñez Cerquera ⁴

Asesoras: Juana Ninatanta Ortiz ⁵

Segunda Aydee García Flores ⁶

The objective of this research was to understand and describe the experiences of retired older adults with chronic degenerative disease, Cajamarca 2019. The study is qualitative descriptive, it was carried out in a sample of 10 older adults. The information gathering technique was the semi-structured interview; For the analysis and interpretation of the information, discourse analysis was used. Results: four categories were organized: a) Identification of the first symptoms in the body, referring to the first discomforts that led to self-medication and medical consultation, b) Reaction to knowledge of the disease: emotional pain and feelings; referred to suffering, but at the same time with distractions to feel good despite the pain, c) living with what I have built... ”is a burden”, observing the internal conflict and guilt, because they did not know how to take care of their health, d) acceptance and coexistence with the disease, expresses an internal process, through which they recognize their reality and assume it; e) The disease makes us different and limited, because it is difficult to fend for themselves in their activities, they isolate themselves and need more care. **Final considerations:** the retired and sick adult, live their old age with situations of guilt, sadness, hopelessness, fear and grief, feelings that are part of their daily life, which leads to the understanding of the suffering of the human being in the face of chronic disease, for a better care of your health at the family level, professionals and health authorities.

Keywords: Experiences, elderly, chronic illness, physical and emotional pain, acceptance, coexistence, limitation

⁴ Aspiring Nursing Degree (Bach. Enf. Mara Esmeralda Núñez Cerquera. UNC)

⁵ Juana Ninatanta Ortiz, Doctor of Nursing Sciences. Principal professor of the Faculty of Health Sciences of the National University of Cajamarca.

⁶ Second Aydee García Flores, Master in Health Sciences. Principal professor of the Faculty of Health Sciences of the National University of Cajamarca

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen una epidemia mundial, son la principal causa de mortalidad, con 35 millones de vidas al año. Las enfermedades más frecuentes son las cardiopatías, accidente cerebrovascular, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición. Alrededor de 80% de las defunciones ocurren en los países de ingresos bajos y medios (1).

Las Américas se enfrentan a desafíos cada vez mayores en términos de envejecimiento y enfermedades no transmisibles. La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) está apoyando a sus Estados miembros para abordar estos desafíos fortaleciendo la prevención, aumentando la detección temprana y asegurando el acceso sostenible y universal a políticas y programas de atención de calidad adecuados, incluida la atención a largo plazo. y atención primaria. Atención de salud, desarrollar mecanismos financieros para apoyar la atención de salud preventiva, promover el ahorro para la atención a largo plazo y establecer vínculos entre el sistema de salud, los servicios sociales y los recursos comunitarios, involucrando a las comunidades, los empleadores, las familias y las personas, especialmente los propios ancianos, y esforzarse por promover y proteger la salud de las personas mayores(2).

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas ha traído altos costos económicos y sociales para las personas y sus familias. El envejecimiento del mundo y

los nuevos estilos de vida hacen de las enfermedades crónicas no transmisibles una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad en esta población anciana. La enfermedad crónica se refiere a los síntomas prolongados de las personas, lo que afecta su capacidad para llevar a cabo actividades significativas y vidas normales, tiene efectos terapéuticos limitados sobre ellos y, a menudo, conduce a su malestar físico y psicológico. Personas y sus familias. Las enfermedades crónicas afectan la percepción del cuerpo, la orientación temporal y espacial, la capacidad de predecir los procesos y eventos de la vida, la autoestima, la motivación y el control personal. Del mismo modo, la enfermedad crónica es una experiencia en un mundo cambiante. (3).

Las enfermedades crónicas degenerativas producen principalmente etapas agudas de estrés, depresión y ansiedad en las personas. Con el tiempo, estas enfermedades superarán y / o aprenderán a controlar el estado emocional, o nunca podrán superar esta situación, con el tiempo. las etapas de estrés se vuelven cada vez más profundas y duraderas (4). Además, la respuesta al diagnóstico de enfermedades crónicas tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas (5).

Debido a las consecuencias en la vida de los pacientes con enfermedades crónicas, la vivencia de las enfermedades crónicas puede generar cambios en la dinámica familiar; para la práctica y la investigación de enfermería es importante comprender sus sentimientos, creencias y valores, para que se puedan tomar medidas. Para compensar estos efectos negativos según los resultados de la encuesta (6). A la presencia de enfermedad crónica en los adultos mayores, se suma la situación de jubilados, que en cierta medida viven la pérdida del rol social, incremento de actividades de ocio y tiempo libre. En esta fase los adultos mayores, experimentan y expresan significado en sus

vidas por medio de sus ocupaciones, que no sólo tienen significado por sí mismas, sino en relación con otras ocupaciones y en la completa organización de la vida (4).

Los adultos mayores con enfermedades crónicas, se enfrentan a una situación compleja con diversos cambios en su forma de vida, y por tanto aprenden y se adaptan a vivir con las enfermedades de manera permanente; con el dolor físico crónico y más aún el sufrimiento, al no encontrar mejoría, que irá con el paso de los años deteriorando sus funciones vitales disminuyendo sus actividades sociales, apareciendo las frecuentes consultas médicas y tratamientos para disminuir el dolor y controlar la enfermedad; por lo que el adulto mayor vivirá en un estado continuo de salud y enfermedad, de sentirse bien por periodos cortos y con rea-agudización de la dolencia; es decir periodos de remisiones y exacerbaciones, a veces cortas y a veces más duraderas (7).

De igual manera las enfermedades crónicas degenerativas alteran la cotidianeidad de las personas que la padecen o la vivencian, e impiden realizar las actividades habituales, marcando una línea entre lo que hacían antes y pueden hacer ahora a pesar de sus limitaciones, evidenciadas por el cansancio, el dolor y estado emocional alterado; apareciendo en esta fase sufrimiento físico y emocional y de largo proceso. Dolor y sufrimiento son vivencias muy interiorizadas y subjetivas que no sólo afectan a las personas adultas mayores, sino también a los familiares y amigos cercanos.

De otro lado, la vejez constituye uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención, toda vez que la mayoría de los adultos mayores se enfrentan a deterioros mentales y físicos, pero principalmente, los relacionados con sus funciones y roles debido a la tecnología y avances sociales cuyo efecto positivo sería un alargamiento de la vida; sin embargo, no se ve reflejado en una mayor calidad de vida. Sin embargo,

aunque se han producido cambios tremendos en esta etapa, cambios físicos y emocionales, es necesario meditar sobre el cuidado y la atención que se brinda, y cómo se puede brindar a estas personas en la actualidad. Ellos, como otros, tienen en diferentes etapas de la vida. Los mismos derechos, tienen diferentes experiencias y vivencias, lo cual es muy importante, porque las generaciones presentes y futuras aprenderán de ellos (8).

La narración de la experiencia de los adultos mayores de vivir con enfermedad crónica ayudará a entender mejor la vida que llevan cotidianamente, su repercusión en las relaciones sociales, la convivencia con el sufrimiento, el temor, el dolor y la cólera, el valor y la duda; o el reconocimiento de la pérdida y el duelo como puntos en común que comparten los enfermos (3). Se observa que esta repercusión se inicia desde la etapa del diagnóstico; un estudio cualitativo, muestra el relato de una persona con evidente malestar por no haber sido tratada en forma humanitaria por parte de los médicos que la atendían, refiriendo que el profesional de salud, tiene “una actitud poco interesada, sin compromiso, hay acaso no ética por parte de los facultativos a cargo, restando importancia a la preocupación de su madre... y falta de fuerza de su hijo” (5).

La presente investigación, surge a partir de la realidad problemática descrita, que, junto al crecimiento poblacional de adultos mayores, se incrementará los problemas de salud la demanda de profesionales y de servicios asistenciales y en el nivel de la atención primaria de la salud; por lo que se busca aproximarse a la realidad, para comprender este fenómeno social complejo, a veces descontextualizado y deshumanizado, se desea saber cómo viven día a día los adultos mayores jubilados, con su enfermedad crónica, qué sienten, qué piensan, qué sucede con ellos, qué acontecimientos viven que hayan

modificado sus vidas, y que a partir de sus vivencias se contribuya a mejorar el cuidado de la salud y a un envejecimiento con calidad de vida. En este sentido el objeto de estudio es: vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedad crónica degenerativa.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias de las personas adultos mayores jubilados, con enfermedad crónica degenerativa, Cajamarca, 2019?

1.3. OBJETIVOS

1. Comprender las vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedad crónica degenerativa, Cajamarca, 2019.
2. Describir las vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedad crónica degenerativa, Cajamarca, 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Aunque las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar, el Ministerio de Salud enumeró las enfermedades crónico degenerativas como una de las causas específicas de muerte en 2016, de las cuales las enfermedades metabólicas y las enfermedades relacionadas con tumores ocuparon la mayor parte entre las 15 principales causas de muerte. La población del Perú. La enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica ocuparon el segundo y tercer lugar con un 5,3% y un 4,8% respectivamente. Estas cifras confirman los rápidos cambios de la epidemia peruana, entre los que prevalece la enfermedad (11).

Como se observa, las enfermedades crónicas aumentan en la medida que la población envejece, que, si no se tratan oportunamente, pueden llevar a alterar la capacidad funcional. En este sentido, es necesario realizar la presente investigación sobre qué significa para los adultos mayores jubilados, vivir con la enfermedad crónica, que no sólo es una experiencia personal, sino que incluye también a la familia, al profesional de la salud y con alcance social; considerando que, la persona que vive con la enfermedad, asume el rol de enfermo, y que requiere de ayuda familiar, profesional, de los amigos y de todos quienes cumplen funciones de cuidador en los diferentes niveles de atención hospitalaria, comunitaria y de organización social de apoyo.

Aproximarse al mundo interior de los adultos mayores, permite entender y comprender mejor la experiencia de la enfermedad crónica. Los resultados, aportan conocimiento de una realidad poco develada, y por ende evidencias para mejorar la práctica del cuidado enfermero, cuidado familiar y autocuidado de la salud no solo para las personas mayores; sino también desde etapas tempranas de la vida, mediante la prevención y promoción de la salud, puesto que a partir de evidencias y la comprensión de las emociones, percepciones y padecimiento humano frente a la enfermedad, se promueva un envejecimiento activo y saludable.

Además, los resultados obtenidos podrán ayudar a los profesionales de la salud encargados de la estrategia sanitaria dirigida al adulto mayor, a diseñar propuestas de intervención basadas en enfoque subjetivo del padecimiento crónico, orientados hacia un adecuado cuidado familiar, autocuidado de los adultos mayores y el rescate de la valorización social del adulto mayor. De igual manera los resultados podrán ser utilizados en la formación de profesionales de enfermería, durante las prácticas pre

profesionales, donde los estudiantes puedan tener la oportunidad de brindar cuidado al adulto mayor desde una mirada subjetiva, más comprensiva y humanizada.

Factibilidad, el trabajo de investigación logró los objetivos establecidos, pues se tuvo la disponibilidad de tiempo y recursos financieros para el desarrollo de todo el proceso del estudio. Asimismo, también se consiguió la participación activa y el apoyo por parte del personal dirigentes del Club de Jubilados de Cajamarca al igual que se consiguió la participación activa de los adultos mayores.

CAPÍTULO II

ABORDAJE TEÓRICO

2.1. VIVENCIAS

Vivencia es el proceso que tiene que ver con la interpretación inmediata de la experiencia y como desemboca en la emocionalidad del sujeto. La vivencia consiste en darse cuenta del significado de la experiencia a partir de un campo intersubjetivo (6). Las vivencias o fenómenos están constituidos por los pensamientos u opiniones que cada sujeto puede hacer (7).

En este sentido, la vivencia se entiende como una construcción realizada en el fluir continuo de la existencia a partir de la interrelación entre el sujeto, él mismo y los demás, desde la pre-reflexión y reflexión sobre la experiencia, que depende de la existencia de la existencia. El mundo, como parece. La vivencia es el flujo autónomo de producción de sentido y es muy intersubjetivo, por lo que no se ha transformado en verdad absoluta (16).

Desde la fenomenología, enfatiza a la experiencia como elemento primordial para la comprensión del mundo, y ocurriría en la intersección de experiencias objetivas, subjetivas y las experiencias del otro en variados horizontes vivenciales, como el espacio, el tiempo, el cuerpo y la propia inter-subjetividad. Señala que "El mundo no es lo que yo pienso, sino aquello que yo vivo; estoy abierto al mundo, me comunico indubitablemente con él; pero no lo poseo, él es inagotable". Es decir, el mundo no está circunscrito a concepciones interiorizadas y el hombre posee una comprensión singular del mundo,

moviéndose de forma igualmente singular, pues éste remite a su modo de percibirse y de percibir el otro en el flujo de la existencia (8).

Mediante este enfoque, no se buscará tomar en cuenta los hechos que hablen de una verdad absoluta acerca de la realidad de los adultos mayores, sino que se hablará de una verdad que tiene que ver con la experiencia de vida que se constata para ellos como “verdad”. Vivencia tendrá dos planos, proceso y resultado, proceso en tanto que tiene que ver con la interpretación inmediata de la experiencia, y resultado, en cuanto que desemboca en la emocionalidad del sujeto.

En el presente estudio, vivencia es entendida como experiencias pasadas, presentes y futuras que los adultos mayores jubilados, con enfermedad crónica viven cotidianamente, y que lo expresan mediante sus percepciones, significados, formas de vida, sentimientos, es decir vivencias objetivas y subjetivas, relacionadas íntimamente y que serán exteriorizadas, interpretadas y comprendidas en la búsqueda del nuevo conocimiento.

a. Referencial Empírico

Vera Martínez, J. en el año 2016, en su estudio titulado: “El cáncer: mi Maestro”, con el objetivo de describir las vivencias que le provocaron un enorme y significativo impacto en la vida, el diagnóstico de cáncer de pulmón. Investigación realizada en Valencia- España, usando el enfoque fenomenológico, se analizó el relato sobre las experiencias emotivas que se desarrollaron los pacientes en el transcurso de su proceso de tratamiento, el mismo que estuvo cargado de

incertidumbres y, sobre todo, los apoyos emocionales, las amistades y la familia que tanto ayudaron a superar esta nueva fase de la vida en la que, como señala, tanto está aprendiendo gracias a su maestro: el cáncer. Se concluye que se vio reflejado el duro proceso por el cual atraviesa una persona que ha sido víctima del cáncer, el cual se vuelve en un proceso de aprendizaje sobre la vida y lo que es realmente importante (12).

Moraga en el año 2005, realizó un estudio en personas adultas mayores con diabetes en Chile. El objetivo fue determinar de qué forma impacta esta enfermedad personas, utilizando el enfoque cualitativa, la observación y análisis documental, determinó que es una enfermedad catastrófica, que altera el ritmo de vida, debido principalmente a las consecuencias físicas y las consecuencias psicosociales de la enfermedad, que al mismo tiempo causa de alzas en la glicemia, es decir, más que por hacer desajustes en los alimentos es causada por problemas emocionales. No hay una situación de control, porque lo que menos experimenta el sujeto es control sobre su enfermedad, pese a haber adquirido información sobre ella, generando temor desde el principio y durante el desarrollo de la enfermedad (10).

Hernández, et al (2016) realizó un estudio sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. España. El estudio tuvo como finalidad determinar las vivencias de los adultos mayores que poseen enfermedades crónicas, como afecta esto su vida diaria y su salud mental. En los resultados de la investigación se encontraron hallazgos los cuales se dividieron en 4 cuatro categorías: Comprensión del padecimiento, Autogestión en

el cotidiano, Percepción de los Servicios de Salud y Cotidiano del cuidador. Se llegó a la conclusión que el esfuerzo de los adultos mayores por alcanzar un nuevo equilibrio social y personal se articula en las estrategias de autogestión que utilizan en su día a día para afrontar sus padecimientos (48).

Figueredo BN, en el año 2014, en la investigación Compañero de vida: enfermedad crónica, en Perú, tuvo como finalidad explorar la experiencia de una persona adulta con enfermedad crónica. Mediante entrevista y la observación, se obtuvo como resultado cuatro dimensiones que marcan el proceso de vivencia con la enfermedad: diagnóstico, proceso asistencial, afrontamiento y expectativas de futuro; en cada etapa la persona transita alrededor de los cambios y las pérdidas. Se llegó a la conclusión: hay necesidad de un abordaje interdisciplinar y oportuno en las personas con enfermedades crónicas en cada etapa del desarrollo vital, para guiar reacciones, reconducir conductas y brindar apoyo en la toma de decisiones (9).

Por otro lado, Costa X. *et al.*, en el 2016, desarrolló la investigación “Vivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada”. España. La finalidad del estudio fue: Conocer las experiencias de pacientes y cuidadores que conviven con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada, el impacto de sus síntomas y las necesidades de atención que generan en su contexto funcional, emocional y social. Se realizó entrevistas semi estructuradas y en profundidad a pacientes, cuidadores y profesionales. Resultados: Las temáticas emergentes identificadas en las entrevistas de pacientes y cuidadores hacen referencia a la

disnea, síntoma predominante sin un tratamiento efectivo y con un gran impacto en la vida de pacientes y cuidadores. Un síntoma con gran repercusión funcional, emocional y social al que es necesario adaptarse para sobrevivir (19).

Simões y Sousa, realizaron en el 2014, el estudio “Viviendo con una enfermedad crónica fatal”, Colombia. cuyo objetivo fue, identificar el significado de la vivencia de la enfermedad crónica fatal y percibir el significado del concepto de salud y enfermedad, en un grupo de personas portadores de enfermedades crónicas fatales. Mediante análisis subjetivo, de las representaciones sociales, obtuvo los siguientes resultados en lo relativo a los aspectos sociodemográficos de la muestra de portadores de enfermedad crónica fatal, en cuanto a la edad se encontró: 1 participante en la franja etaria de 18 a 30 años; 4, entre 41 y 50 años y 4, entre 51 y 60 años; en cuanto al sexo, 4 mujeres y 6 hombres, y en relación con la escolaridad, 2 con educación elemental incompleta, 5 con educación elemental completa, 1 con educación secundaria incompleta y 2 con educación secundaria completa. Se concluyó que les lla lenfermedad len l sí lmisma llo lque lparece locupar lun llugar lcentral ly ldar sentido la llos lcomportamientos ly lmovilizaciones, ly lque lel lconcepto lde lsalud queda lspeditado lal lestado lde lenfermedad (10).

Jiménez, J., Iris B., en el año 2016 en Tarapoto, Perú realizaron una investigación titulada “Vivencias de los adultos mayores sobre su religiosidad, en usuarios del Programa del Adulto Mayor, Hospital II EsSalud, 2016”. El objetivo de la investigación fue definir las vivencias de los adultos mayores sobre su religiosidad. Estudio cualitativo, realizado en 10 adultos mayores; obtuvieron como

resultados: Las vivencias de los adultos mayores sobre su religiosidad están referidas a la práctica de la oración en situaciones importantes de su vida, realizan la lectura de la Biblia, ayudan al prójimo, visitan a los enfermos, viven en armonía y paz. Se evidencia que los adultos mayores viven su religiosidad a través de las prácticas y creencias religiosas (20).

En su estudio cualitativo, Vera, (2016) desarrolló el tema sobre vivencias y gestión del que hacer cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas “Cultura de los Cuidados” (12); señala que la investigación en Ciencias de la Salud, requiere nuevas propuestas de investigación que exploren las enfermedades crónicas desde la perspectiva de los individuos y sus familias. Amezcua (2010), a través del enfoque de la Investigación aplicada a los cuidados propone reflexionar sobre un tipo de investigación centrada más en la persona que en la enfermedad.(14). El proceso de vida ocurre en el cotidiano de cada universo personal y social al mismo tiempo, y conlleva una configuración singular de acuerdo con la historia, los valores y el momento presente. Así, se puede observar cómo este movimiento personal en el proceso de vida se configura con la presencia de una variable: la enfermedad crónica (12).

2.2. EL ADULTO MAYOR

El Ministerio de Salud del Perú, (Minsa) considera como persona adulta mayor a toda persona mayor de 60 años. Sin embargo para el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) considera a las personas adultas mayores desde los 65 años. Una persona

mayor ha alcanzado ciertas características adquiridas en biología, sociedad y psicología (la experiencia y el entorno al que se enfrenta en su vida) (21).

2.2.1. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es el proceso de maduración física y psicológica humana, y es el resultado de la compleja interacción de influencias fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y materiales (14).

El envejecimiento de la población se considera un episodio de la biología y el ciclo de vida humanos. Los cambios que ocurren en la vejez no solo se deben al proceso de envejecimiento biológico e irreversible; sino que están relacionados con varios otros factores, como la pérdida prematura por abandono, enfermedades agudas y crónicas, marginación social, desnutrición, pobreza Habilidades funcionales (14).

En biología, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de diversos daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conduce a una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte. El envejecimiento también está relacionado con otros cambios de vida, como la jubilación, el traslado a una vivienda más adecuada y la muerte de amigos y socios (38).

2.3. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS MÁS COMUNES

Enfermedades crónicas, aquellas que se padecen durante muchos años, están asociadas a determinados factores de riesgo, y agrupa enfermedades que tienen similar enfoque epidemiológico: a) No causadas por agentes microbiológicos (DM, Inmunológicas, radiaciones), b) De larga duración con remisiones y

recaídas (asma, cáncer, ECV), c) Determinadas por factores sociales (mentales, accidentes, alcoholismo, adicciones), d) Combinación de factores transmisibles y no transmisibles (TB/VIH, diabetes, arteriosclerosis, caries, Cáncer/HIV...), e) Secuelas a largo plazo: físicas, mentales (de accidentes, violencia, anomalías congénitas) (39). Entre las enfermedades más frecuentes en este grupo de edad se encuentran:

2.3.1. La hipertensión arterial

Es una enfermedad frecuente que afecta a un tercio de la población adulta. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como infarto de corazón, accidente cerebrovascular, daño renal y ocular, entre otras complicaciones (15). Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente llamada "esencial", "primaria" o "idiopática" aunque existen factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. La herencia (padres o hermanos hipertensos), el sexo masculino, la edad, la obesidad, la ingesta de sal, el consumo excesivo de alcohol, el uso de algunos fármacos (incluso los de venta libre) y la poca actividad física o sedentarismo determinan la hipertensión. Los síntomas frecuentes son: Dolor de cabeza muy intenso y repentino, dificultad para hablar y levantar un brazo o parálisis facial, mareos o vértigo, visión borrosa, dolor en el pecho o sensación de falta de aire.

2.3.2. Diabetes

Es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy

poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas. El páncreas es el órgano encargado de producir la insulina. El papel de la insulina es transportarla glucosa del torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y otras células, donde puede almacenarse o utilizarse como fuente de energía.

Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo ya las células de grasa para quemarla o almacenarla como energía, y/o el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que: El páncreas no produce suficiente insulina, las células no responden de manera normal a la insulina, o ambas razones anteriores.

La diabetes tipo 2, es la más común, casi siempre se presenta en la edad adulta. Pero debido a las tasas altas de obesidad, en niños y adolescentes, actualmente se presenta en estas edades. Algunas personas con diabetes tipo 2 no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería (24).

2.3.3. Enfermedad de Parkinson

Es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocido como dopamina. Algunos casos son genéticos pero la mayoría no parece darse entre miembros de una misma familia. Los síntomas comienzan lentamente, en general, en un lado del cuerpo. Luego afectan ambos lados. Algunos son: Temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula

y la cara, rigidez en los brazos, las piernas y el tronco, lentitud de los movimientos y problemas de equilibrio y coordinación.

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o hacer labores simples. También pueden tener problemas como depresión, trastornos del sueño o dificultades para masticar, tragar o hablar. Esta enfermedad suele comenzar alrededor de los 60 años. Es más común en los hombres. No existe una cura para la enfermedad de Parkinson. Existen diversas medicinas que ayudan a mejorar los síntomas. En casos severos, una cirugía y estimulación cerebral profunda (electrodos implantados en el cerebro que envían pulsos para estimular las partes del cerebro que controlan el movimiento) pueden ayudar (16).

2.3.4. Osteoporosis

Es una enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de masa ósea. Los huesos se vuelven más porosos, aumenta el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior, son más frágiles, resisten peor los golpes y se rompen con mayor facilidad (25). Esta enfermedad tiene como causas:

En el interior del hueso se producen durante toda la vida numerosos cambios metabólicos, alternando fases de destrucción y formación de hueso. Estas fases están reguladas por distintas hormonas, la actividad física, la dieta, los hábitos tóxicos y la vitamina D, entre otros factores. Las mujeres tienen más frecuentemente osteoporosis por varios motivos: su pico de masa ósea suele ser

inferior al del varón y con la menopausia se acelera la pérdida de hueso (osteoporosis posmenopáusicas).

Existen muchas otras causas de osteoporosis: alcoholismo, fármacos (glucocorticoides, tratamiento hormonal utilizado para el tratamiento de cáncer de mama y de próstata), enfermedades inflamatorias reumáticas, endocrinas, hepáticas, insuficiencia renal, entre otras.

La osteoporosis se denomina epidemia silenciosa porque no manifiesta síntomas hasta que la pérdida de hueso es tan importante como para que aparezcan fracturas. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales, las de cadera y las de la muñeca (fractura de Colles o extremo distal del radio). La fractura de cadera tiene especial importancia ya que se considera un acontecimiento grave debido a que requiere intervención quirúrgica, ingreso hospitalario y supone para el paciente una pérdida de calidad de vida, aunque sea por un periodo corto.

2.3.5. Enfermedad renal crónica

La función principal del riñón es filtrar su sangre, eliminan el desecho y el exceso de agua. También mantienen el equilibrio químico del cuerpo, ayudan a controlar la presión arterial y a producir hormonas. La enfermedad renal crónica significa que los riñones están dañados y no pueden filtrar la sangre como deberían. Este daño puede ocasionar que los desechos se acumulen en su cuerpo y causen otros problemas que podrían perjudicar su salud. La diabetes y la hipertensión arterial son las causas más comunes de enfermedad renal crónica.

El daño renal se produce lentamente durante muchos años. Muchas personas no tienen ningún síntoma hasta que la enfermedad está muy avanzada. Los análisis

de sangre y orina son la única manera de saber existe la tiene enfermedad. Los tratamientos no curan la enfermedad, pero pueden retrasarla. Incluyen medicamentos para reducir la presión arterial, controlar el azúcar en la sangre y reducir el colesterol. A veces puede conducir a insuficiencia renal y necesitar de diálisis o un trasplante de riñón (17).

2.3.6. Osteoartritis

La osteoartritis es la forma más común de artritis. Causa dolor, inflamación y disminución de los movimientos en las articulaciones, generalmente, suele afectar las manos, las rodillas, las caderas o la columna. Es una enfermedad que degrada el cartílago de las articulaciones; el cual es el tejido suave que cubre los extremos de los huesos en una articulación. El cartílago sano absorbe los impactos de los movimientos, pero cuando se desgasta, los huesos se friccionan entre sí, y con el tiempo, dañan la articulación permanentemente. Los factores que pueden causar osteoartritis son: Sobrepeso, envejecimiento, lesiones en una articulación. El diagnóstico de la osteoartritis, necesita de varios métodos, como la historia médica, exámenes físicos o de laboratorio o rayos X (18).

2.4. VIVENCIA DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Los principales problemas de salud en los ancianos suelen ir asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles. Entre las enfermedades más comunes en esta de edad suelen ser: las neuro – degenerativo, como: Parkinson, Alzheimer y esclerosis múltiple; enfermedad circulatoria, como la hipertensión, las respiratorias (asma o hipertensión pulmonar), osteoarticular (lumbalgia u

osteoporosis) y genitourinario (incontinencia urinaria, impotencia). “Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, provocando el 63% de los fallecimientos” (14)

Los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas, viven experiencias diversas, en sus dimensiones biológicas, fisiológicas, psicológicas, emocionales, sociales, etc. que la colocan en una situación de mayor vulnerabilidad (9), destacan en su estudio, las experiencias que expresaron los adultos mayores; como:

- a) Las cargas emocionales negativas causadas por sus padecimientos: incertidumbre, miedo, ansiedad, inseguridad, actitudes de enfrentamiento y rechazo de sí mismo, cambios en el temperamento, incluyendo la ira, irritabilidad, frustración, beligerancia y terquedad, tristeza, desesperación, deseos de llorar, irritabilidad, depresión y su poca tolerancia ante situaciones adversas. Las personas mayores podrían sentirse gravemente preocupadas y ansiosas al confrontarse con su enfermedad.
- b) Desintegración de la vida diaria, los adultos mayores describen cómo su vida se desintegra, debido a los viajes para someterse a exámenes y procedimientos; residir fuera de casa durante la duración del tratamiento y a continuación se debe hacer frente a los efectos secundarios no sólo en el cuerpo, sino en la vida social y en las relaciones. La enfermedad aparece como una amenaza para sí mismo y para sus relaciones sociales, lo que

representa un factor limitante, que dificulta la carga emocional que el paciente debe soportar.

Se identifica diferentes pérdidas ocasionadas por los padecimientos crónicos: limitaciones físicas y funcionales que generan temores frente a la dependencia, pérdida de las relaciones sociales con temor al aislamiento, pérdida de la capacidad productiva y pérdidas financieras.

Las personas con enfermedades crónicas tienen que lidiar de forma permanente en las áreas física, psíquica y simbólica de la individualidad, pero el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana, por lo que está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales, espejo fundamental desde el cual los sujetos reconstruyen su imagen social y personal. Las ocupaciones, remuneradas o no, pueden verse limitadas y reestructuradas a partir de la necesidad de los cuidados sistemáticos de la salud, lo que puede producir inestabilidades económicas con resonancias en la estructura y dinámica familiar. La familia es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja.

La vivencia de sexualidades limitadas pudiera ser más el resultado de cómo la enfermedad y ella misma se construyen y abordan, que consecuencia directa del proceso de enfermedad. Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender cómo sus actores participan en sus procesos de salud, como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida (19).

La enfermedad crónica produce ruptura de la vida cotidiana y comporta cambios fundamentales a nivel individual, familiar y social. Un estudio indagó el significado que se da al modo cómo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) responde a las demandas de atención en salud de la población adulta mayor; y permitió comprender la dinámica y significados de los nexos que surgen de la interacción Enfermo - Sistema de Salud. El estudio señala que para sobrellevar las consecuencias de la enfermedad, se precisa tener redes de apoyo, acudiendo principalmente al SGSSS. Los hallazgos de la investigación revelan que a la experiencia de padecer una enfermedad crónica, se adiciona un padecimiento psíquico, producto de la atención inadecuada por parte del SGSSS (20).

2.5.- SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR JUBILADO

En el Perú, como en otras partes del mundo, se viene registrando un incremento en la longevidad de las personas. Actualmente, 3 345 552 de los habitantes del país son personas adultas mayores (PAM), lo que equivale al 10,4% de la población total. Según las proyecciones demográficas, en 2020 se espera que dicha cantidad ascienda a 3 593 054 y, para 2050, a 8,7 millones PAM. Si bien se han identificado situaciones problemáticas para este grupo, como falta de acceso a servicios de salud, educación y pensión, así como cifras preocupantes sobre violencia y discriminación por motivos de edad, no se cuenta con un diagnóstico integral de la situación a nivel nacional. En este sentido el estudio realizado por el Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Idehpucp), sobre “La situación de la

Población Adulta Mayor en el Perú: Camino a una nueva política” (21); ha encontrado que:

El Estado peruano ha adoptado medidas que le han permitido construir un marco jurídico e institucional en relación a las personas adultas mayores. Así, se pueden identificar dos instrumentos normativos: la Ley de la Persona Adulta Mayor y su Reglamento, los cuales establecen los derechos de esta población y los deberes de la sociedad y del Estado al respecto, siendo el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables el ente rector en la materia. Por otro lado, se cuenta con instrumentos como la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores, que define los contenidos principales de las políticas públicas: envejecimiento saludable; empleo, previsión y seguridad social; participación e integración social; y educación, conciencia y cultura sobre envejecimiento y vejez.

En relación a empleo y seguridad social, se ha notado que la multiplicidad de regímenes pensionarios constituye un problema debido que no obedecen a una misma lógica y no se encuentran articulados. Por la diversidad de leyes hay una escala salarial discriminatoria, si todos son personas mayores deberían tener un trato igualitario”. Respecto a educación, se ha identificado que la Dirección de Educación Básica Alternativa no cuenta con intervenciones educativas específicas para este grupo de personas lo cual incrementa la brecha de analfabetismo, sobre todo en la población rural y femenina. Y, en cuanto a participación social, dan a conocer la existencia de una relación tensa entre las

organizaciones de personas adultas mayores y las diferentes instancias del Estado (21).

Muchas de las personas adultas mayores viven en aislamiento, sin participar en ningún grupo, asociación u organización, lo que afecta su integración en la comunidad y genera la carencia de una red social frente a situaciones que pueden afectar sus derechos, como el abandono (7,41% de los varones adultos mayores y el 10,31% de las mujeres adultas mayores, además de vivir solas, no participan en alguna organización). El 30,71% de mujeres no sabe leer ni escribir. El 73,90% de las mujeres y el 51,82% de los adultos mayores no están afiliados a ningún sistema de pensiones. La Enaho (2017), evidencia que el 45,87% de los adultos mayores y el 56,08% de las adultas mayores no recibe pensión de jubilación/cesantía, de viudez, orfandad, sobrevivencia, ni accede al Programa Nacional de Asistencia Solidaria (Pensión 65).

En relación a vivienda, el 48,29% de adultos mayores reside en viviendas que poseen materiales inadecuados de paredes, pisos o techos, y 47,57% de las mujeres adultas mayores viven en la misma condición. El 3,15% de adultas mayores vive en condiciones de hacinamiento. Todas las personas dependemos del medio ambiente en que vivimos. El 19,1% de hombres no cuenta con abastecimiento de agua mediante la red pública, al igual que el 16,8% de las mujeres. En relación al saneamiento, el 31,5% de los hombres no cuenta con acceso a una red pública de desagüe, frente al 29,1% de mujeres que tampoco la tienen. Las brechas de acceso a un seguro de salud en la población adulta mayor son similares tanto para hombres como para mujeres. Así, el 17,99% de

los adultos mayores y el 17,22% de las adultas mayores no tienen ningún tipo de seguro de salud.

Respecto a la presencia de enfermedades, el 80,34% de las adultas mayores y el 71,08% de los adultos mayores presenta una enfermedad crónica. En el ámbito referido al derecho de las personas mayores a vivir libres de violencia, la información disponible es limitada. En la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (Enapres) del año 2017, informa que la violencia afecta la población adulta mayor que vive en áreas urbanas. El 6,68% de los hombres y el 7,69% de las mujeres fueron víctimas de violencia. El 12,27% de los adultos mayores no posee teléfono fijo, celular, TV con cable ni internet en sus hogares, frente al 13,71% de las mujeres adultas mayores que viven en similar situación

Al año 2020, En el Perú existen 4 millones 140 000 personas de 60 a más años de edad que representan el 12,7 % de la población total al año 2020, informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), con motivo de conmemorarse el Día del Adulto Mayor. Del total de la población de adultos mayores, el 52,4% son mujeres (2 millones 168 000) y 47,6% hombres (1 millón 973 000). Las mujeres adultas mayores representan el 13,2% del total de la población femenina del país y los hombres adultos mayores el 12,2% del total de la población masculina.

A nivel nacional y de acuerdo con el tipo de seguro de salud, el 40,8% de la población adulta mayor está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), el 39,1% a EsSalud y el 6,2% a otro tipo de seguro de salud. De acuerdo con el nivel de educación alcanzado, el

36,8% de la población adulta mayor alcanzó a estudiar nivel educativo primaria, el 26,8% secundaria, 23,0% educación superior y el 13,4% no cuenta con algún nivel educativo.

El envejecimiento es considerado un proceso normal que toda persona experimenta en el proceso del curso de vida, el mismo que se inicia prácticamente con el nacimiento. Y siendo un proceso, es importante indicar que no se empieza a envejecer a partir de los 60 años, por lo que es necesario que, el cuidado y mejoramiento de las condiciones de vida de las personas sean atendidas en todas sus etapas; pues si bien el gobierno ha establecido políticas de atención para este grupo de edad, y promueve una vejez saludable, la situación inndicda refleja que en la práctica, todavía hay desatención de las necesidades de este grupo ponlacional.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de abordaje cualitativo exploratorio – descriptivo. El método cualitativo se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan (22). Además abordan el estudio de los seres humanos y su entorno en toda su complejidad y reconocen que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, su comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, su estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea, entre otros (23).

Asimismo, este enfoque, responde a preguntas surgidas desde el significado de la experiencia y la comprensión de sus narrativas de la persona sobre su enfermedad crónica y todo lo que vivencia su mundo interior y exterior. La investigación se desarrolla en un contexto natural para tratar de comprender a las personas dentro de su contexto (23). El método descriptivo, es un procedimiento que busca producir resultados basados en entrevistas y en observación, para develar el significado de un evento en el tiempo y en un contexto determinado.

En este método el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas (24).

En la presente investigación se sigue la propuesta de los autores, de tal manera que se logre ingresar al escenario del estudio, y obtener de los adultos mayores jubilados sus vivencias del padecimiento crónico, el significado, opiniones, percepciones del día a día, al convivir con las enfermedades crónicas, permitiendo que sus expresiones o manifestaciones se puedan interpretar, comprender, configurar y describir sus vivencias.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Distrito de Cajamarca, zona urbana, provincia y departamento de Cajamarca. La ciudad de Cajamarca, como distrito fue creada el 12 de febrero de 1821 se encuentra ubicada a 2 750 m.snm. A unos 856 Km de Lima, capital del Perú. Tiene una superficie de 4 898,65 Km², su densidad poblacional es de 40.79 hab/km².

Presenta una gran diversidad de climas y microclimas, frío en las cordilleras, templado en las cimas y laderas montañosas, cálido en las laderas bajas y fondos de valle, con temperaturas, que van desde cero grados (Hualgayoc), hasta 36°C (Jaén). La ciudad de Cajamarca, capital de la región, tiene un clima semiseco y templado, su temperatura anual máxima es de 22°C (71°F) y mínima de 5°C (42°F) (40).

En el año 2016, la población del departamento de Cajamarca fue de 1 533 783 habitantes, que representa el 4,9% del total nacional. La población mayor de 64 años, alcanzó 5,7 %. Cajamarca presenta un crecimiento poblacional casi el triple comparado al promedio del crecimiento nacional y con una tendencia casi estable de población joven. Para el año 2019, la población mayor de 65 años

fue de 5.25% de la población total, mientras que el grupo de 56 a más años es de 13.79%. En el año 2021, se reporta una población de 138.034 en la Región y en Cajamarca provincia es de 31.809. (41)

La población adulta mayor se caracteriza por ser personas vulnerables, cuya situación se ve agravada por las condiciones y el entorno en el que viven el proceso de envejecimiento; aumentando su fragilidad y exposición a las enfermedades. Las estadísticas muestran la situación socioeconómica y de salud que presentan. Según el informe de INEI 2019 (42)

En Cajamarca, y para el caso del estudio, los adultos mayores que participaron en el estudio fueron los jubilados de educación y se identificaron en la organización donde ellos comparten reuniones permanentes, en la “Asociación de Cesantes y Jubilados Educación Cajamarca”, el cual está ubicado en el Jr. Del Batán 246 Cajamarca. La Asociación cuenta con más de 1500 asociados.

3.3. ESCENARIO DE ESTUDIO

El escenario del estudio es el local de la Asociación de Cesantes y Jubilados de Educación de la Ciudad de Cajamarca, lugar donde se captó a los adultos mayores y que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio de las vivencias en relación a las enfermedades crónicas degenerativas.

3.4. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos que participaron en el estudio fueron 10 adultos mayores jubilados del sector educación, y presentaron enfermedades crónicas degenerativas, con asistencia

regular a la Asociación de Cesantes y Jubilados de Educación Cajamarca; los criterios de inclusión fueron:

- a. Asistencia regular a la Asociación de Cesantes y Jubilados de Educación Cajamarca.
- b. Con diagnóstico médico de enfermedad crónica degenerativa.
- c. Participación voluntaria en el estudio.
- d. Comunicativos, asequibles y muestren disponibilidad de tiempo para la entrevista.
- e. Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.

La muestra se obtuvo por saturación de la información, pues este proceso permite definir el tamaño de la muestra cualitativa. Una pregunta importante en esta fase, de acuerdo con Minayo es ¿cuáles son los individuos que tienen una vinculación más significativa para el problema que va ser investigado?; por tanto, la muestra buena es aquella que posibilita abarcar la totalidad del problema investigado en sus múltiples dimensiones (25) .

Para determinar el número de participantes, con el fin de alcanzar la saturación de la información, se tiene en cuenta como aspectos importantes: 1) el ámbito del estudio, 2) la naturaleza del tema 3) la calidad de los datos recogidos y 4) el diseño del estudio (23).

En esta línea, las entrevistas a los adultos mayores que firmaron el consentimiento informado y participaron en la investigación, se realizó hasta que sus descripciones, o discursos empezaron a ser repetitivos, o no hubo mensajes nuevos relacionados con el objeto de estudio. Este es el punto en el que se consideró que se llegó a la muestra final

del estudio. Para tal fin se tuvo especial cuidado de contactar adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El recojo de la información se realizó mediante la entrevista semi estructurada. En este tipo de entrevista se formuló preguntas abiertas, relacionadas a las vivencias que el adulto mayor tuvo frente a las enfermedades crónicas degenerativas.

La entrevista semi-estructurada es considerada un método que busca la interacción con las personas y es una parte esencial de la recolección de la información; por lo que, mediante esta entrevista, se tuvo una conversación directa, cara a cara y profunda, con las personas participantes en el estudio, de tal forma que se logró recoger las vivencias de los adultos mayores con enfermedades crónicas de manera natural y espontánea.

La entrevista supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los adultos mayores, en cuanto sujetos-objetos de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada (22),

En la presente investigación, las preguntas abiertas facilitaron el curso de la conversación y fueron las generadoras de debate, desde una etapa exploratoria hasta llegar poco a poco a mayor profundidad. Las preguntas serán neutrales, sensibles y claras. Se planteó de inicio las siguientes interrogantes:

¿Qué significó para usted saber el diagnóstico de su enfermedad?

¿Cómo se sintió usted? ¿puede describir esta reacción?

¿La situación de su enfermedad le preocupa? ¿de qué manera?

¿Cómo ha cambiado su vida a partir del inicio de la enfermedad?

¿Qué significa para usted vivir con esta enfermedad?

Se realizó la prueba piloto, en adultos mayores con enfermedades crónicas y jubilados, pertenecientes a la misma asociación, este proceso permitió realizar un análisis preliminar de los mensajes obtenidos con las preguntas semiestructuradas, y una aproximación al objeto de estudio: las vivencias de los adultos mayores con enfermedades crónicas. Además, facilitó a la investigadora el proceso de inmersión en el escenario del estudio y un mejor acercamiento a los participantes.

Procedimiento del recojo de Información

Para obtener la información se tuvo dos momentos:

1. Inmersión inicial o aproximación a las personas que forman parte de la muestra:

- a. Coordinación con los directivos de la asociación de jubilados, para hacer conocer los objetivos de la investigación y solicitar el apoyo y participación.
- b. Se solicitó el permiso respectivo para realizar reuniones de información y solicitud de participación de los adultos mayores. En esta reunión se presenta el proyecto de investigación de manera sucinta.
- c. Se procedió a identificar adultos mayores que reúnan los criterios de inclusión. Este momento sirve además para conocer, seleccionar y familiarizarse con los participantes directos.
- d. Se acordó las visitas a los adultos mayores identificados para hacer firmar el consentimiento informado, a la vez se dio inicio a las entrevistas.

En esta fase inicial, se procuró establecer un ambiente de confianza, un lugar que ofrecía privacidad y libre de interrupciones. También se tuvo una postura flexible, comprensiva y reflexiva en todo el proceso de coordinación y realización de las entrevistas.

2. La recolección de la información:

- a. Las entrevistas fueron realizadas en la fecha y hora coordinada con los adultos mayores, se les solicitó permiso para grabar la conversación, este proceso se da con la finalidad de recoger toda la información posible que brinden los entrevistados, y además los mensajes o respuestas puedan ser revisados las veces que sea necesario.
- b. Se les pide a los entrevistados expresar con la veracidad y libremente sus diversas vivencias a la enfermedad crónica que presenta.
- c. Con la finalidad de realizar anotaciones relacionadas con reacciones gestuales en los adultos mayores, se utilizó diario de campo. Por lo que se tuvo especial cuidado de observar minuciosamente el lenguaje no verbal, ya que muchas veces la persona dice más con la actitud, con un gesto, con el silencio, con el movimiento de las manos, con el llanto, con la mirada, con la posición del cuerpo etc., que con las palabras. Todo lo observado se registró e incorporó en el lugar apropiado durante la transcripción de la información (23).
- d. Se tuvo especial cuidado de realizar una pregunta a la vez y escuchar con atención, pues los adultos mayores debido a su edad, presentan limitaciones para comprender con rapidez y organizar sus ideas para dar respuesta a las interrogantes.

- e. Al finalizar cada entrevista se agradeció y se indicó que necesidad de regresar para confirmar las interpretaciones de los mensajes que dieron al ser entrevistados y se llegue a una mejor aproximación de la realidad estudiada.

3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información, se hizo uso del análisis de discurso, teniendo como base teórica y metodológica la propuesta de Minayo (2002). El análisis del discurso facilita la comprensión y el sentido del lenguaje verbal y no verbal de las personas; trabaja con significados, y considera la producción de los sentidos como parte de la vida de las personas. Los sentidos de los discursos tienen que ver con lo que es dicho allí, y en otros lugares (34). Por tanto, mediante este método se buscó el sentido del lenguaje en los discursos de los adultos mayores entrevistados, y se procuró comprender cómo las palabras, enunciados o texto, producen sentido de lo que quisieron expresar en torno a sus vivencias con las enfermedades crónicas.

El proceso que se siguió para el análisis y determinar las categorías fue:

- a. Las entrevistas fueron transcritas, tal como lo expresaron los adultos mayores, luego se procedió a eliminar algunas frases o palabras que repetitivas e incompletas, que no aportaban significado importante para el objeto de estudio, cuidando de no cambiar el sentido del discurso.
- b. Para identificar los discursos y guardar el anonimato de los adultos mayores participantes se procedió a colocar a cada entrevista transcrita, un número.
- c. Se realizó la lectura y re-lectura de los mensajes, a la vez que codificaba cada uno de ellos e interpretando los discursos en un primer momento de manera general.

- d. En otro momento se procedió a revisar las notas de campo, para incorporarlas a las entrevistas, las mismas que complementaron la esencia del mensaje a través de palabras, frases, oraciones, concordantes con el objeto de estudio.
- e. Los discursos se organizaron y se clasificaron teniendo en cuenta los mensajes convergentes y divergentes de cada entrevista, lo que permitió dar significado a cada uno de los fragmentos u oraciones, haciendo uso de la lectura exhaustiva, repetida y prolongada de los discursos.

La clasificación de mensajes facilitó colocar nombres e identificar temas o subtema, establecer sub categorías y categorías generales de cada entrevista. En esta fase se utilizó interrogantes como: ¿Qué significa lo que ha descrito el adulto mayor?, ¿qué quiere decir el mensaje, que ha dicho detrás de lo no dicho en sus narrativas el adulto mayor? En esta etapa se regresará a los entrevistados para validar la interpretación de los mensajes o unidades de significado.

Considerando que, en investigación cualitativa no existe una regla establecida a seguir para realizar análisis de datos o información, y siendo este un proceso dinámico, flexible y creativo que nos lleva a obtener nuevo conocimiento a partir de datos y mensajes diversos, por lo que se continuó con la revisión, interpretación y profundización en el análisis y comprensión de los mensajes que facilitó la organización de las categorías. En este proceso se recurrió al fundamento de cada una de ellas mediante la revisión de bibliografía y el referencial teórico.

En esta fase también se procedió a afinar y/o definir de manera más precisa la clasificación y reagrupación de los mensajes en las sub categorías y categorías centrales que expresan mejor el objeto de estudio y el aporte con nuevo conocimiento.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO

3.7.1. Criterios éticos

En el ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador. Para cumplir con los criterios éticos se informó a los adultos mayores el propósito y los objetivos del estudio, de tal manera que decidieron libremente colaborar con la investigación.

Una vez informados, se procedió a la firma del consentimiento informado, brindando a los participantes la información adecuada y necesaria con respecto a la investigación. Se aplicó en todo momento el respeto a libre decisión, pidiendo autorización para los procedimientos a realizar (entrevistas, fotos, grabaciones). A la vez se le aseguró guardar el anonimato y confidencialidad de su identidad. Se les informó que las manifestaciones en las entrevistas solo serán usadas con fines de investigación.

Asimismo, se consideró e informó a los adultos mayores que la investigación se rige por el principio de Beneficencia; ya que su participación no significa ningún riesgo para su salud, por el contrario, los resultados beneficiarán para el desarrollo de nuevas estrategias de cuidado de profesionales de salud y de la familia, y de acciones de prevención y promoción de la salud. El principio de justicia, fue aplicado, al mantener

un trato justo y privacidad durante la entrevista, y de su identidad, manteniendo la confidencialidad, y anonimato, para tal efecto se colocó seudónimos en cada entrevista.

3.7.2. Rigor científico

Lincoln G., propone los criterios de credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad, para tener presente en una investigación cualitativa (37)

Credibilidad: Está asegurado por el valor de la verdad, que generalmente es el que se encuentra en las descripciones ingenuas del sujeto que vive el fenómeno, y que luego son sometidas al reconocimiento por otros sujetos . Así también refiere a cómo los resultados obtenidos son verdaderos para las personas que participaron en la investigación, ya que es una descripción de la vivencia de su realidad.

En el presente estudio se ha logrado al realizar observaciones y conversaciones en profundidad, con los adultos mayores, además de realizar las anotaciones en el diario de campo, cuidando en todo momento de no interferir con las creencias o conocimiento de la investigadora. De otro lado se tuvo especial cuidado al realizar las transcripciones textuales de las entrevistas que permitieron captar la vivencia e interpretar cada mensaje; y finalmente estas interpretaciones fueron consultadas permanentemente con la asesora del estudio, conocedora de investigación cualitativa y de este proceso de análisis e interpretación.

Auditabilidad o Conformabilidad: este criterio está referido a la habilidad de otro investigador para seguir la ruta de lo que el investigador original ha realizado. Es decir que algún investigador puede seguir la secuencia de eventos en el estudio en otro contexto y pueda obtener resultados similares direccionado por la misma perspectiva de

investigación (37). La confirmabilidad en el presente estudio se cumple mediante la selección de los adultos mayores según los criterios de inclusión en el que se incluyen características específicas. Y, durante las entrevistas se realizaron grabaciones de cada uno de los discursos los adultos mayores y en el informe final se discuten los aspectos físicos, interpersonales, culturales y sociales, entre otros, según las categorías organizadas del fenómeno estudiado.

Transferibilidad o aplicabilidad: el presente criterio se refiere a posibilidad de aplicar los resultados del estudio hacia grupos con similares características. Es decir, en qué medida los hallazgos se ajustan a otros contextos, y es el lector quien determina si los resultados se pueden transferir a un contexto diferente.

Este criterio se cumple en el presente estudio, al describir el área del estudio, las sus características, o situación de los adultos mayores participantes en el estudio, y en los resultados se precisa los aspectos representativos dados por los participantes y se procuró examinar la información desde una mirada holística, como un todo, interpretarlas, comprenderlas y describir en cada categoría.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente trabajo realizado en un grupo de adultos mayores jubilados entre 55 y 88 años de edad, siendo 7 del sexo femenino y 3 sexo masculino, en la ciudad de Cajamarca el año 2019; todos con enfermedad crónica, entre ellas: hipertensión, artrosis, hipertiroidismo, cáncer de próstata, anemia severa entre otras.

Del análisis e interpretación de los mensajes se obtuvieron las siguientes categorías.

1. Identificando la presencia de la enfermedad en el cuerpo.
2. Reacción al saber de la enfermedad: el dolor emocional / sentimientos.
3. Vivir con lo que yo he construido...” es una carga”
4. Aceptación y convivencia con la enfermedad.
5. La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados

1. Identificando la presencia de la enfermedad en el cuerpo: *“pensé que va hacer ahora de mi vida”*.

En la enfermedad, el cuerpo es una red de significaciones ligadas entre sí por la vida, y que como sistema orgánico está en relación directa con la historia personal anterior, la formación de un mundo, el secreto de una libertad y de un destino (44).

Los adultos mayores, expresan, experiencias del proceso de inicio de la enfermedad en su cuerpo, manifiestan que sintieron las primeras molestias, junto a preocupaciones, miedos y temores, no sólo por el dolor, sino algo más superior a este, al saber que, como

producto de los exámenes habrá un diagnóstico que no será favorable, y que a partir de allí empezará quizás una nueva vida. Así se puede leer en los mensajes.

...fui a ver al médico porque sentía problemas al orinar, sentía dolor... me envió hacer unos exámenes y desde ya empecé a sentir miedo ya que los exámenes se hacen cuando hay algo raro...el doctor me dijo que tengo un mal que tiene que verme un especialista..., de inmediato pensé que va hacer ahora de mi vida. ¿Qué pasará? E1.2

...tenía malestar, y varios años después cuando me jubilé los síntomas se agravaron y, además, se me caía el cabello, problemas con las comidas, casi todo me caía mal y tiendo a la depresión con o sin causa aparente, no podía dormir, a todo esto, decido ir al médico E.2.1

...a los 58 años donde me venían fuertes dolores de cabeza que ya no aguantaba es ahí donde me hago ver y en ese entonces me dicen que también tengo hipertensión E3.1.

... mi propio cuerpo no me respondía, me sentía cansado y no podía respirar bien, el no saber de esta enfermedad se puede decir que me dio depresión E.4.1.

...se estaba empezando a deformar unos dedos de las manos y sentí mucho dolor E.5.1.

...siempre me dolía la zona baja de la espalda, compraba en las farmacias pastillas para la inflamación de los riñones porque eso me decían en la farmacia. Pero cuando ya en el seguro me sacan las placas me dicen que tengo hernias en la columna y osteoporosis y que eso me ocasiona los dolores y eso se llama lumbalgias. La solución que me dan es operación,pero yo le tengo miedo, y más a mi edad me genera mucha preocupación. E. 6.1

Como se observa, los adultos mayores identifican la enfermedad, como un proceso que poco a poco, va manifestándose en su cuerpo de diferentes formas y en momentos distintos: “... *mi propio cuerpo no me respondía*”, lo común es la presencia del dolor. Los síntomas, son señales que el cuerpo expresa, lo exterioriza y es un aviso o advertencia de que algo anda mal y debemos poner atención y cuidado. Como señala Trigo y Rey “Los individuos se manifiestan con y a través de su cuerpo, pues este no es sólo un simple objeto, reservorio de la persona, sino, es un cuerpo que vive, que se expresa, piensa, siente y se emociona” (45)

Asimismo, el cuerpo es tomado como un espacio en donde se dan experiencias subjetivas y objetivas, el cuerpo enfermo habla a través de sus signos y síntomas, por ello la importancia del lenguaje verbal y no verbal, es decir que nos podemos comunicarmás con las expresiones y gestos, que con las palabras (45) ; y de esta manera, el cuerpo enfermo, desde su interior expresa de diversas maneras el cuidado que le es preciso para aliviar su dolor y su disfunción fisiológica, la cual está acompañadas de cambios emocionales.

Es importante indicar que, en esta etapa, la presencia de las enfermedades crónicas, y el dolor crónico es frecuente. A ello se suma la situación, social, económica, cultural y familiar, muchas veces desarticuladas de la realidad que viven estas personas. Ya que no sólo debe tenerse en cuenta el envejecimiento biológico, y los cambios que el cuerpo experimenta con el pasar de los años; pues, si bien la teorías del envejecimiento biológico hace énfasis en el debilitamiento de la funcionalidad, así como de la fuerza y la masa muscular y la disminución de la reserva funcional, cardíaca, respiratoria, neurológica, etcétera, también los cambios y deterioro están acompañados de esta

situaciones de riesgo social y económico que complican la enfermedad y el proceso de envejecer satisfactoriamente.

2. Reacción al saber de la enfermedad: el dolor emocional y los sentimientos

Esta categoría, recoge aspectos emocionales, conflictos internos unido a la enfermedad y pérdida de capacidades funcionales, los cuales son expresados con sentimientos de tristeza, soledad, pena, rabia, pero a la vez el esfuerzo de buscar algunas formas de entretenimiento para sentirse bien a pesar de las dolencias; quizás olvidar por momentos el cómo afrontar la enfermedad, como se lee, “*qué será de mí*”, “ *; me siento solo* “, lo que significa un aumento de desgaste de energía en los adultos mayores; como se evidencia en sus discursos:

... fue de tristeza al no saber qué va a ser de ahora ... Ya que no tengo a mi esposa y vivo prácticamente solo; me siento solo quién va cuidar de mí... me sentí fatal, aparte de ya no trabajar, pensé que será de mí E.1.

Tenía mucha pena, pero a la vez mucha rabia por todo esto que estaba pasando, empecé a enflacar más, pero a la vez buscaba cosas que me hagan bien. E.2.

Los adultos mayores en el proceso de la enfermedad, ponen de manifiesto ciertas formas capitales de vida emocional y de vivencias afectivas (26), por ello la presencia de emociones y sentimientos, preocupaciones, estrés, impotencia, desesperanza y el aislamiento, los cuales dan cuenta de una nueva perspectiva que permite entender aún más cómo la experiencia del dolor crónico impacta en las personas, en este caso de los participantes.

La presencia conjunta de estas emociones sugiere un posterior agotamiento físico y mental en el adulto mayor despojándolo de toda su energía y arrastrándolo a experimentar emociones negativas que agudizarán sus síntomas y afectarán a otras funciones normales de su cuerpo. Estos estados emocionales son el reflejo de sentirse afectados o de tener un riesgo ya sea total o parcial a su integridad. A continuación, se describen algunos sentimientos experimentados por el adulto mayor durante la experiencia dolorosa:

Me sentí muy preocupada, por una parte, todavía seguía trabajando y es muy complicado con el tiempo cumplir con las dietas.) E.3

...cuando duele sí hay que descansar, pero cuando hay cosas que hacer eso hace sentir más frustrada.

...todo ello me hacía pensar mucho, y genera cierto desgaste mental y físico, y es por eso que me siento muy cansada muchas veces. Me es difícil en las noches dormir bien, despierto por las noches y a veces se me va el sueño y despierto preocupada E.4.

No obstante, lo manifestado por los adultos mayores, igual a lo que puede ocurrir con el dolor físico, el dolor emocional, la presencia sentimientos encontrados, pueden tornarse pasajeros y relativamente fácil de controlar, adaptarse a los cambios, permitiéndose ellos mismos evitar situaciones dolorosas prolongadas, pues el ser humano es un ser resiliente, es decir tiene capacidad para adaptarse y superar la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. El dolor emocional y la tristeza son comunes en las personas que han sufrido grandes adversidades o traumas en sus vidas (27).

Entre diversos factores que pueden llevar a modificar estos estados emocionales, se encuentra el aceptar la enfermedad y seguir el cuidado necesario, unido a factores distractores como la participación en redes sociales, como es el caso de los adultos mayores que se encuentran integrados en el club de jubilados, donde participan activamente.

Desde el punto de vista de la psicología, se nos dice que el dolor es inherente al ser humano, y que somos seres emocionales, y si no se acepta el dolor, este puede transformarse en sufrimiento. Al respecto, Maturana, señala que las emociones constituyen el fundamento de todo nuestro que hacer (28) . Pues, las emociones hacen referencia al dominio de nuestras acciones en que nos movemos, a las acciones posibles del otro y a las distintas disposiciones corporales que las constituyen y realizan. Así, mismo nos dice que no es la razón lo que nos lleva a la acción, sino la emoción. Por tanto, es importante, que en los adultos mayores se realice acciones de control, manejo o gestión de sus emociones para afrontar su realidad.

Una breve definición, las emociones, nos dice que son un fenómeno afectivo concreto, intenso, breve, que distrae y reorienta la conducta y la cognición, y es el elemento esencial de la afectividad (46). También, las emociones ejercen una gran fuerza sobre nosotros e influyen en nuestro pensamiento y nuestra conducta. (47) Existen tres formas o categorías que forman parte de algunas teorías que pretenden explicar el cómo y el porqué de las emociones humanas, en estas se encuentran: fisiológicas sugieren que las respuestas intracorporales son las responsables de las emociones, Las teorías neurológicas proponen que la actividad en el cerebro llevan a

respuestas emocionales y cognitivas argumentan que los pensamientos y otras actividades mentales juegan un papel esencial en la formación de las emociones.

De otro lado, es importante, considerar estos aspectos en el trabajo con las personas adultas mayores, toda vez que su situación de vulnerabilidad demanda de cuidado, no solo en su dimensión física, sino también y de manera especial la dimensión psicológica - emocional como un gran componente promoción de la salud mental.

3. Vivir con lo que yo he construido...” es una carga”

En la presente categoría, se puede observar el conflicto interno, culpabilidad por lo que está pasando y viviendo con la enfermedad, retroceden en el tiempo y manifiestan que son “*las decisiones que tomaron*” en su momento, que no supieron cuidar su salud, y lo que están viviendo lo expresan con sufrimiento como: “*es lo que yo he construido*”.

Los adultos mayores hacen mención a formas de vida pasada, de cómo vivieron y que en envejecimiento están llevando una carga, que seguramente para ellos es difícil aceptar. Acosta , desde una visión esencial, no dice, el tiempo es la persona; es la huella que deja en el tiempo en el que es y sigue siendo. Por el contrario, si el tiempo no es la posibilidad de Sentido, entonces, es sólo la marca numérica que cuantifica la edad; es el paso de los años que se acumulan como un peso cada vez más difícil de soportar. Son los años que se tienen; no, en los que se Es. En el tiempo, se sigue siendo, y no importa la cantidad de años que transcurren, ya que, con ellos, la vida colmada de Sentido es más plena; y aunque lleguen los descensos o las caídas propias del declive físico o emocional, el Sentido se redescubre en cada acontecimiento, y la amplitud de lo humano aumenta (35).

Petrini M. nos da a entender que habría pues dos modalidades extremas de vivir la ancianidad, que se basan sobre dos alienaciones opuestas: la alienación de quien se refugia en un pasado irremediamente perdido y, por lo tanto, al envejecer cae en la desesperación; y la alienación de quien busca revivir el pasado en el presente. En relación a lo que dice se aprecia mensajes en el que el adulto mayor mira su pasado, y que se da cuenta que ya no se puede cambiar, pero le gustaría. También en relación a las nuevas formas de comportamiento que tiene que adaptarse (31).

Vivir con enfermedad para mí es una carga, no sé cómo manejar mi carácter, estoy en tratamiento, pero a veces me siento peor.... Esto es lo que yo mismo he construido por las decisiones que he tomado E.1.

Me encontraba desesperada, lloraba. A dónde voy a ir si ahí no tengo a nadie, decía. E.7.

...dónde voy a sacar recursos para cuidarme o para pagar a alguien que me cuide E.3.

Me preocupa ya no ser útil y ser un estorbo para mi familia, me preocupa que ellos se cansen de verme así, me siento mal, el ya no ser independiente para realizar mis actividades yo sola. Todo eso me lleva a muchos sentimientos o emociones que a veces no sé cómo manejar. E.4.

...impotencia, porque esto ya era irreversible no había nada más que hacer. Un poco enfadado pensé que el médico se había equivocado. No aceptaba estar mal. E.5.

Si, ser jubilados es sinónimo de tranquilidad, para la mirada de una sociedad mayormente excluyente desde el punto de vista del sistema laboral. Que además para muchos significa un cambio en la vida de las personas, que luego de largo tiempo de trabajo y aporte a la sociedad, ha llegado la hora de tener sosiego y gozar de descanso

de su tiempo libre, de los paseos, a incluso dormir más y hacer cosas que no pudieron realizar.

Con la jubilación se piensa que es el cumplimiento de nuevas metas; sin embargo, esta etapa también causa cambios emocionales como ansiedad, tristeza, añoranza, que junto a la aparición de enfermedades que llegan al cuerpo para instalarse y producir reacciones y sentimientos encontrados de impotencia, enojo, preocupaciones, etc. que como señalan los adultos mayores “ *a veces no sé cómo manejar*”; más un que las enfermedades crónicas tienen un alto costo económico, que con una pensión de jubiladose vuelve más difícil afrontar. De allí que manifiestan que llevan y viven con una carga, que ellos mismos construyeron, que les preocupa ya no ser útil y ser más bien un estorbo para su familia, y que estos a su vez se cansen de atender o cuidarla. Considerando asimismo que, a pesar de su edad, ellos siguen teniendo sus capacidades intelectuales, incluso físicas en condiciones óptimas, si llevan un buen cuidado y logran controlar la enfermedad.

4. Aceptación y convivencia con la enfermedad

La categoría reúne los mensajes de los adultos mayores donde, luego de recibir el diagnóstico de la enfermedad, inicia un proceso de afrontamiento por la pérdida de su salud, lo que significa, que la enfermedad es aceptada y pasa a formar parte de la vida cotidiana que puede llevar a aceptar la nueva forma de vida y adaptarse o negarla.

Como se puede apreciar en la mayoría de las entrevistas, la aceptación o no de la enfermedad fue mencionada por los participantes como un aspecto clave en su proceso de convivencia con la enfermedad. Esta aceptación se describe como un proceso interno y libre de la persona a través del cual reconoce su realidad y la asume. Esta realidad es

la enfermedad, el dolor que puede tener y aceptar una nueva forma de vida, el cuidado físico y emocional, el tratamiento y las visitas frecuentes a los servicios de salud para el control. Los participantes en el estudio la consideran a la enfermedad el primer paso para llevar bien las nuevas condiciones de su proceso de enfermedad y sus consecuencias. De las entrevistas se puede encontrar 2 tipos de aceptación, la resignación y la negación de la enfermedad.

He sentido resignación, todos sufren de alguna manera, pero me olvido y otra vez siento dolor, pena. E.1.

Vivir con enfermedad es para saber que la muerte está cerca E.5.

Pido a Dios que me recoja que no me haga sufrir más E. 7

Poco a poco me he ido adaptando, total, cuando uno está viejo cualquier mal le ataca. E.9.

Pero trato de sobreponerme para que mis hijos no me vean en esas condiciones... Ya mi familia no me invita a las reuniones porque hay cosas que yo no puedo consumir y eso me hace sentir como rechazado, y eso todavía me causa más tristeza. los cambios que he experimentado son radicales. E.4.

En esta categoría, se precisa que el adulto mayor luego de asimilar la enfermedad, llegan a comprender que lo que está viviendo es un proceso de cambio en su organismo, en su cuerpo físico y que, al llevar el tratamiento y los cuidados necesarios, su vida seguirá adelante, que es una realidad objetiva y no hay forma de dar marcha atrás, que más bien el camino para conseguir no sólo bienestar físico, sino emocional es aceptar esta nueva realidad y aprender a convivir con la enfermedad, controlándose adecuada y oportunamente. Esto es aceptar que la enfermedad está en “mí” y forma parte de “mi

ser”; que “tendré días tranquilos y días con desasosiego para el cual debo estar preparado (a)”.

Sin embargo, es importante, hacer saber a los adultos mayores que no es bueno ir por el camino de la resignación, y decir “*todos sufren de alguna manera,*” o el hecho de que, al vivir con una enfermedad, es “*saber que la muerte está cerca*” y pedir a Dios “*que los recoja*”, estas expresiones de alguna manera disminuyen el estado anímico, las energías y por ende el estado fisiológico se deteriora e incrementa la sintomatología y las consecuencias pueden ser más severas.

De otro lado, cabe precisar que el adulto mayor se siente aislado, rechazado, debido que la familia no le hace partícipe de reuniones, lo que ha llevado a “*experimentar cambios radicales*”; en su vida, y puede observarse que desde la familia se inicia la ruptura de las interacciones familiares y en las relaciones sociales. Situaciones que incrementan los sentimientos de tristeza y posiblemente su enfermedad se ve agravada.

Maturana, H. (2001), (28), nos dice que la mayor parte de las enfermedades tiene que ver con la negación del amor, entendido este como la emoción que constituye las acciones de aceptar al otro como un legítimo otro en la convivencia; y que por tanto amar, es abrir espacio de interacciones recurrentes con otro en el que su presencia es legítima sin exigencias; así mismo indica que el amor es un fenómeno biológico básico y cotidiano en lo humano, y si negamos o rechazamos este fenómeno, estamos negando a la persona como un ser legítimo. Esta negación entonces puede llevarnos a enfermarnos, pues si alguien no nos quiere o nos rechazan, si nos niegan, o nos critican de una manera que nos parece injusta, la persona puede incluso llegar a enfermarse de cáncer, porque la dinámica fisiológica tiene que ver con la dinámica emocional.

Igualmente es de importancia conocer lo que sucede con los adultos mayores al interior de la dinámica familiar y como son atendidos, cuidados o rechazados consciente e inconsciente por los integrantes de la familia, negando oportunidades y posibilidades de sentirse aceptado, incluido, y saberse que sigue formando parte de la familia. Este conocimiento favorecerá para que desde los programas de atención de la salud se trabaje por un cuidado más inclusivo considerando no solo la dimensión biológica, sino con mayor énfasis en lo emocional.

5. La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados

Uno de los componentes de la situación de la enfermedad en el anciano es el entorno en que se desenvuelve, su medio familiar, la presencia o ausencia del apoyo en caso de enfermedad. Dado que existe una tendencia hacia el deterioro funcional en la evolución de la enfermedad, dicho entorno juega un papel favorable, anticipándose, previniendo o rehabilitando dicho deterioro; convirtiendo la secuencia de enfermedad en deterioro funcional, incapacidad y dependencia irreversible.

Esta situación de falta de apoyo y compañía, de saber que *no pueden hacer las cosas*”, y *lo expresan con “me siento limitada*”, y nuevamente *“rechazada (o)”*, también puede desencadenar sentimientos de desesperación e impotencia de vivir con limitaciones y no poder atenderse independientemente sus necesidades básicas, tal como se observa en los siguientes discursos:

... no puedo hacer las cosas que me gustan, me siento limitada a realizar algunas actividades... me siento mal porque ya no es lo mismo, me ven y me siento como una persona diferente o rechazada. E.2.

... Para mí la enfermedad es una desgracia, me ha cambiado por completo, siento que no soy la misma, reniego por todo, hago sentir mal a mis hijos y esposo E.4.

... Vivir con enfermedad es una limitación constante, es dejar de ser feliz, estoy permanentemente preocupado E.5.

... Es limitante y de mucha tristeza porque no se puede disfrutar como los demás, ya en reuniones prefiero no estar E.6.

Para los adultos mayores les resulta difícil realizar sus actividades diarias, muchos de ellos se encuentran solos, sin ningún apoyo y se sienten rechazados consigo mismo (a), se consideran que son personas diferentes, rechazadas, que estar enfermos o tener una enfermedad “*es una desgracia*”, por que experimentan cambios que les hace “*renegar por todo*”, lo cual ocasiona malestar en su familia, ellos dejan de “*ser feliz*”, sienten tristeza, preocupación, e inicia por sí mismo el aislamiento. Estas vivencias deben ser comprendidas y pasar por una profunda reflexión de como los adultos mayores jubilados viven la enfermedad.

Izal M. Afirman que, cuando el adulto mayor se encuentra en situación de abandono, le invaden sentimientos de desesperación e impotencia, porque se dan cuenta que en algún momento necesitarán de sus hijos, ya que día a día las actividades se tornan más complicadas para ellos. De allí sus mensajes de desesperanza y muchas veces optar por el aislamiento comunitario o social, para evitar dificultades e incomodidades con sus familiares y amigos (36).

Es en estas circunstancias que el adulto mayor, aún más necesita de la empatía, la misma que se manifiesta según Kohut y Heins, cuando una persona, sea madre, padre, el amigo, o amiga, el personal de salud o el terapeuta, expresa, verbalmente o con su

actividad, que ha “captado” lo que el otro siente o está experimentando en ese momento de su vida, como por ejemplo: su dolor, su alegría (29). En este caso, resulta necesario, el cuidado esencial, el apoyo y comprensión de los adultos mayores que viven situaciones difíciles; comprender que el ser humano, la persona, sana o más aún con un cuerpo enfermo, no significa una separación total o parcial de sus emociones y sentimientos, por el contrario, están siempre unidos y en una relación directa, cuerpo - mente y espíritu, y por tanto, es en estas dimensiones que la persona debe ser cuidada por la familia y la red social o comunitaria..

El cuidado de quienes viven con enfermedad, o sufren a consecuencia de ella, debe priorizar aspectos espirituales, donde se logren espacios de reconciliación con Dios, un ser o fuerza superior, compañía de los demás y reflexión de la propia vida, como parte fundamental de la experiencia de la salud (30).

Estudios realizados en adultos mayores señalan por ejemplo que la diabetes “es una enfermedad catastrófica, que altera el ritmo de vida” (10). Hernández , en su meta estudio encontró que en las personas con enfermedades crónicas debe tener “comprensión del padecimiento” (9). Otro estudio muestra que la persona con cáncer tiene experiencias emotivas, y que los apoyos emocionales de amigos y familiares ayudaron a superar una nueva fase de su vida y que eso le significa un aprendizaje, llamándole “maestro, al cáncer” (9).

De los hallazgos, interpretaciones y descripción de las vivencias de los adultos mayores, se puede mencionar, que en las políticas de gobierno a favor del adulto mayor puedan incluir la dimensión subjetiva de las personas: perspectivas, significados, percepciones, en relación al cuidado de la salud y en la atención primaria de la salud y a nivel

hospitalaria, como un derecho a la salud; toda vez que el Estado peruano tiene la obligación de adoptar medidas concretas para que los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, reconocidos en diversos instrumentos internacionales y nacionales, sean garantizados con eficacia (31).

6. Consideraciones finales

Haberse aproximado a una realidad subjetiva de lo que vive y experiencia el adulto mayor con enfermedad crónica, desde el inicio de la enfermedad, el resultado o la confirmación del diagnóstico médico, la aceptación, convivencia y adaptación a la enfermedad y las limitaciones, ha significado especial relevancia, porque permite apreciar y comprender como viven el proceso salud - enfermedad, en la vejez, y a su vez como el estado emocional se ve afectado.

Los adultos mayores no solo se ven afectados por el dolor físico, la enfermedad, sino que también hay alteraciones emocionales, cargado de sentimientos mayormente negativos, que llama a la reflexión y para ser empáticos con el prójimo, enseñar a los demás cuán importante es la comprensión de las personas que viven día a día con la enfermedad. Es de especial cuidado para quienes viven y cuidan a familia adulto mayor, acercarse a sus vivencias de tal manera que el cuidado salvaguarde la dignidad humana, y puedan llevar una vida más armónica con su entorno, es además ayudar a encontrar nuevas formas de adaptarse a la enfermedad y convivir con ella, evitando hacer sentir que lo que está viviendo es resultado de sus propias acciones, y dejar se sentirse diferentes, limitados, rechazados y negados así mismo, por la presencia de una

enfermedad crónica, considerándola como una carga para ellos mismos y para la familia.

Los resultados del estudio se presentan en categorías, las cuales, para una mejor descripción y comprensión, según mensajes, agrupados por similitud, no significa una representación aislada, por el contrario, están estrechamente relacionadas o vinculadas entre sí, y todas constituyen el significado de lo que viven los adultos mayores. Estas categorías muestran los cambios físicos, emocionales, y sentimientos que constantemente experimentan los adultos mayores; pues su vida ha cambiado no sólo por la vejez sino por la presencia de la enfermedad, y cada vez necesitarán de más y mejor cuidado. Estos cambios se ven reflejados en las siguientes categorías:

1). Identificando la presencia de la enfermedad en el cuerpo, 2). Reacción al saber de la enfermedad: el dolor emocional y los sentimientos, 3). Vivir con lo que yo he construido...”es una carga”, 4). Aceptación y convivencia con la enfermedad, y 5). La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados.

Del estudio entendemos que los seres humanos aún no estamos preparados para llegar y afrontar como debería ser la etapa de la vejez, y más aún si ya se tiene una enfermedad crónica; no solamente una preparación individual a nivel biológico físico sino también una preparación emocional, de esa manera cuando llegue ese momento el adulto mayor viva esta etapa dignamente, con el proceso de su enfermedad de la mejor manera posible, aceptando y superando las limitaciones.

Si bien, por la naturaleza de la investigación cualitativa, los resultados del estudio se generalizan, es importante comprender las vivencias y ser empáticos con las

experiencias de vida de los adultos mayores jubilados frente a su padecimiento crónico, el cual ayudará a mejorar la práctica del profesional de enfermería. Ya que, cuando las experiencias de cronicidad y muerte se tienen cerca, la vida no es igual, y ver sufrir a las personas que amamos, o a quienes cuidamos desde un rol profesional nos lleva a preguntarnos una y mil veces cuál es el sentido de la vida, de la limitación, del sufrimiento y de la muerte (30). Y en este espacio al profesional de salud, le toca cuidar, sea para el proceso de vida o para muerte.



RECOMENDACIONES

1. A los docentes de la línea de investigación, en los cursos de seminario de tesis, se sugiere motivar a los estudiantes realizar estudios con enfoque cualitativo en otros grupos organizados de adultos mayores, para seguir profundizando el conocimiento en relación a experiencias de vivir con enfermedad crónica, de tal manera que se amplíe nuevas formas de ver la realidad e integrar al cuidado profesional y familiar.
2. A los estudiantes de pre grado realizar investigación cualitativa, en la perspectiva de la familia, profesionales de la y autoridades de salud que tiene el compromiso de cuidar la salud de las personas adultas mayores.
3. Los trabajadores de la salud, que las investigaciones relacionadas con proceso salud - enfermedad del adulto mayor, se realice con integración de técnicas de recojo de información, que nos permita comprender las vivencias de los adultos mayores en sus procesos de enfermedad y así orientar su atención de manera mas integral.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Stop the global epidemic of chronic disease.WHO; 2007.
2. OPS. Envejecimiento Saludable y Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2012 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Healthy-Aging-Spa-2012.pdf>
3. Shuman, Robert. Vivir con una enfermedad crónica:Una Guía para pacientes, familiares y terapeutas. [Internet]. Paidós Ibérica, S.A. España: Paidós; 1999 [citado 30 de diciembre de 2017]. 257 p. Disponible en: <https://www.planetadelibros.com/libro-vivir-con-una-enfermedad-cronica/21006>
4. Meza, A. y Vrisa Y. Calidad de vida de los familiares de pacientes adultos mayores con enfermedades pulmonares del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huanuco 2016. 2017. 539505.2012.pdf [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.una.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
5. Compañero de vida: enfermedad crónica. Un estudio de caso [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100010
6. Segura Barrios, Lubith María. Percepción de la Calidad de Vida en Personas con Situación de Enfermedad Crónica en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Barranquilla. [Bogotá. Colombia]: Nacional de Colombia; 2012 [citado 27 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
7. Allan A., Natalia, Wachholtz M, Daniela, Valdés R, Alicia. Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Rev Chilena de Terapia Ocupacional. noviembre de 2005;Nº 5:13.
8. Etchebarne Campos, Martínez Jiménez. Vivencias del adulto mayor en el grupo de cuidado de un hospital público de Chepén. [Internet]. [Trujillo- Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2019 [citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13361/1892.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Figueredo Borda N. Compañero de vida: enfermedad crónica. Un estudio de caso. Index Enferm. junio de 2014;23(1-2):46-50.
10. Simões, K. & Souza, E. Viviendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. U niv P sychol Bogotá, Colombia V 12 N| 1. 2013;10.

11. Ministerio de Salud Peru. Resolución Ministerial 229 [Internet]. 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_229-2016-MINSA.pdf
12. Vera Martínez, J. El Cáncer: mi Maestro (II). Cultura de los Cuidados (Edición digital), 20(45). (2016). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.03> Asociación Nacional de Historia y Antropología de los Cuidados. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Revista de Enfermería y Humanidades. Cultura de los Cuidados. 2016;(1er. Cuatrimestre.2016 • Año XX-N.o 44.):120.
13. Amezcua, Manuel. Investigación Aplicada en Cuidados de Salud. [Internet]. 2010 [citado 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n4/1940.php>
14. Varona, Revista Científico-Metodológica, No. 61, julio-diciembre, 2015. ISSN:1992-8238/ “Calidad de vida en el adulto mayor” Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
15. Ardila R. Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 2013 [citado 13 de noviembre de 2018];45(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80528401013>
16. Dantas Guedes D, Moreira V. El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. Ter Psicológica. diciembre de 2009;27(2):247-57.
17. Dantas Guedes D, Moreira V. El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. Ter Psicológica. diciembre de 2009;27(2):247-57.
18. Moraga R. Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. Rev Chil Salud Pública. 1 de enero de 2005;9(3):162-8.
19. Costa X, Gómez-Batiste X, Pla M, Martínez-Muñoz M, Blay C, Vila L. Vivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada: el impacto de la disnea en los pacientes y cuidadores. Aten Primaria. 1 de diciembre de 2016;48(10):665-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-vivir-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva>.
20. Jiménez J, Iris B. Vivencias de los Adultos Mayores sobre su religiosidad, en usuarios del programa del adulto mayor, hospital II Essalud – Tarapoto. Agosto – diciembre 2016. Univ Nac San Martín [Internet]. 2017 [citado 8 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2157>

21. Adulto Mayor Concepto y Definición (2015). [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>
22. Gutiérrez LM. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Papeles Poblac [Internet]. 1999 [citado 13 de noviembre de 2018];5(19). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=11201908>
23. Dozal, M y Perez T. Aspectos psicológicos y sociales del envejecimiento [Internet]. prezi.com. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://prezi.com/ho3eegtgzacs/aspectos-psicologicos-y-sociales-del-envejecimiento/>
24. Ministerio de Salud Argentina. Hipertensión Arterial [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/hipertension-arterial>
25. MedlinePlus. Enfermedad de Parkinson [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html>
26. MedlinePlus. Enfermedad renal crónica [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/chronickidneydisease.html>
27. MedlinePlus. Osteoartritis [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/osteoarthritis.html>
28. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2011;37(4):488-99.
29. Zabala DR. Enfermedad crónica avanzada, padecimiento psíquico y Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Rev Psicol Univ Antioq. 2013;5(1):75-92.
30. Mamani, F. La situación de la población adulta mayor en el Perú, hallazgos de una investigación del Idehpucp para mejorar las políticas públicas [Internet]. IDEHPUCP. 2018 [citado 9 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-el-peru-hallazgos-de-una-investigacion-del-idehpucp-para-mejorar-las-politicas-publicas/>
31. Petrini M. La Tercera Edad. Significados y Valores. Criterio Digital. 1997;(2208).
32. Vanegas, C.B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Rev Colomb Enferm. 2011;6(6):128-42.
33. Lévano S, Cecilia A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13(13):71-8.

34. Minayo, M. *Pesquisa Social. Teoría, Método e Criatividade*. [Internet]. 21° Edición. Brasil: Editora Vozes Petrópolis; 2002 [citado 2 de enero de 2018]. 67p. Disponible en: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.
35. Acosta, I. *El sentido de la vida humana en el adulto mayor. Enfoque socioeducativo*. Tesis doctoral. Facultad de Educación. Universidad Nacional de Educación a distancia. [Online].; 2011 [cited 2015 Julio 15. Available from: [http://www.uned.es/mastermayores/tesis/tesis_cilia_25_enero_2011\[1\].pdf](http://www.uned.es/mastermayores/tesis/tesis_cilia_25_enero_2011[1].pdf)
36. Izal M, Montorion, N. y Díaz,V. *Guía de Cuidadores de Personas Mayores Dependientes*. In. Madrid: IMSERSO; 1997
37. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985. https://www.academia.edu/34405600/Naturalistic_inquiry
- 38 Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento y salud*. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
39. Ministerio de Salud. (MINSA). *Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles: problema cáncer*. 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2283.pdf>
40. Ministerio de Salud. *Análisis de situación de Cajamarca 2015*. Recuperado de: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_cajamarca.pdf
41. Ministerio de Salud. *Estadística Poblacional*. 2021. Recuperado de: <https://public.tableau.com/app/profile/oegi.minsa.peru/viz/Poblacionestimada/INICIO>
42. INEI. *Situación de la Población Adulta Mayor*. 2019. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2019.pdf
43. Maturana, H. *Emociones y lenguaje en educación y política*. 2001. Disponible en: https://des-juj.inf.d.edu.ar/sitio/upload/Maturana_Romesin_H_-_Emociones_Y_Lenguaje_En_Educacion_Y_Politica.pdf
44. Le Breton D. *El cuerpo: sus usos y representaciones en la modernidad*. 2006. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352006000200008
45. Trigo E. y Rey P. *Creatividad y motricidad*. Madrid: Inde, 2000.
46. Pablo Fernández Christlieb (1994). *Teorías de las emociones y teoría de la afectividad colectiva*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7086422>

47. Juan Armando Corbin (2020) Psicología emocional: principales teorías de la emoción... <https://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-emocional>.
48. Hernández Zambrano, S. M., Hueso Montoro, C., Montoya-Juárez, R., Gómez Urquiza, J. L., & Bonill de las Nieves, C. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas.

ANEXOS 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES JUBILADOS, CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS CAJAMARCA 2018.

OBJETIVO:

Yo,, bach. en Enf.de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, estoy realizando la investigación:, ; por lo que solicito a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Información del Estudio: este estudio se tiene planificado realizar una entrevista donde deberá contestar preguntas relacionadas con el bienestar en el envejecimiento, para esto será utilizada una grabadora para constatar la información vertida por usted.

Riesgo del Estudio: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno.

Beneficios: La información obtenida será utilizada para analizar las que tienen los adultos mayores con..... confidencialidad: cualquier información obtenida en este estudio guardará en un mismo archivo, el cual solo los investigadores manejen la información presente en el mismo.

Yo.....identificado con DNI N°..... he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

Firma del Voluntario

Fecha:

ANEXO 02**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA****“VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES JUBILADOS, CON
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS CAJAMARCA 2019.****ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA.**

FECHA

PSEUDONIMO:

EDAD:

SEXO:

TIPO DE ENFERMEDAD:

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo fue para usted saber el diagnóstico de su enfermedad?
2. ¿Cómo se sintió usted? ¿puede describir esta reacción?
3. ¿La situación de su enfermedad le preocupa? ¿de qué manera?
4. ¿Cómo ha cambiado su vida a partir del inicio de la enfermedad?
5. ¿Qué significa para usted vivir con esta enfermedad?