



REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 2, Número 2
Abril - Junio 2025

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 2, Número 2
abril- junio 2025

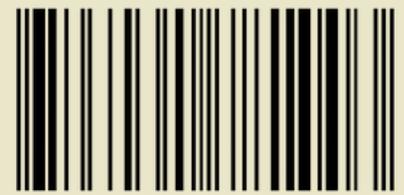
Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 2, Núm. 2, abril-junio 2025, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 abril 2025.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 2, Número 2, 2025, abril-junio

DOI: <https://doi.org/10.71112/rn1khr83>

**CONTEXTO DE ESTILO DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, QUE RESIDEN EN EL
HOGAR DE ANCIANOS MONSEÑOR EMILIO SOSA GAONA, DE LA CIUDAD DE
CONCEPCIÓN, DURANTE UN SEMESTRE DEL AÑO 2019, JULIO A DICIEMBRE**

**LIFESTYLE CONTEXT OF OLDER ADULTS RESIDING IN THE MONSEÑOR EMILIO
SOSA GAONA ELDERLY HOME, IN THE CITY OF CONCEPCIÓN, FROM JULY TO
DECEMBER 2019**

Diosnel Jara Del Padre

Richard Damian Fariña Ortega

Ruth Noemi Alfaro Cano

Daisy Antonella Chaparro Santacruz

Paraguay

Contexto de estilo de vida del adulto mayor, que residen en el Hogar de Ancianos Monseñor Emilio Sosa Gaona, de la ciudad de Concepción, durante un semestre del año 2019, julio a diciembre.

Lifestyle context of older adults residing in The Monseñor Emilio Sosa Gaona Elderly Home, in the city of Concepción, from July to December 2019

Diosnel Jara Del Padre¹

Djaradelpadre@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-9480-5075>

Universidad Politécnica y Artística.

Paraguay.

Richard Damian Fariña Ortega²

Rfarina995@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-9796-8816>

Universidad Politécnica y Artística.

Paraguay.

Ruth Noemi Alfaro Cano³

Dce.sanlorenzo@upap.edu.py

<https://orcid.org/0009-0004-4193-902X>

Universidad Politécnica y Artística.

Paraguay

Daisy Antonella Chaparro Santacruz⁴

Dfcs.sanlorenzo@upap.edu.py

<https://orcid.org/0009-0007-5389-9311>

Universidad Politécnica y Artística.

Paraguay

RESUMEN

La investigación hace alusión al contexto de estilo de vida de los adultos mayores, desarrollada dentro de un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de nivel descriptivo, en torno a unos objetivos específicos, en el que se demuestra que mayormente los encuestados pertenecen al masculino. En cuanto al tiempo que posee alguna dolencia, la población sostiene que más de un año, quienes padecen en su mayoría de Hipertensión. En cuanto al tipo de tratamiento que llevan a cabo sostuvieron que es el tratamiento de fármaco,

siendo la Licenciada en Enfermería del Hogar de Ancianos, quien es la encargada de brindarles. Con respecto a algún tipo de terapia recibida, en su mayoría lo reciben, Con relación a las actividades recreativas que realiza con los compañeros, señalan que se reúnen con los demás para conversar, además que el 100% de los adultos realizan caminata alrededor del hogar de ancianos. En cuanto a las prohibiciones en el tratamiento, la mayor parte de los adultos señalan que sí cuentan con restricciones. Lo relacionado a las terapias de fisioterapias los adultos señala que sí poseen. Respecto a las consideraciones de la alimentación, la población sostiene que es óptima. Lo que se refiere a la base de la alimentación del adulto, todos los adultos señalan que la alimentación está basada en productos cárnicos.

Palabras clave: estilo de vida; adulto mayor; hogar de ancianos; tratamiento; terapia

ABSTRACT

The research refers to the lifestyle context of older adults, developed within a quantitative approach, non-experimental design, and descriptive level, around specific objectives, which shows that most respondents are male. Regarding the time they have had some ailment, the population states that it has been more than a year, with the majority suffering from hypertension. As for the type of treatment they undergo, they stated that it is pharmacological treatment, provided by the Nursing Professional at the Elderly Home. With respect to any type of therapy received, most of them receive it. In relation to recreational activities carried out with companions, they point out that they meet with others to converse, and 100% of the adults take walks around the elderly home. Regarding treatment restrictions, most adults indicate that they do have restrictions. Related to physiotherapy, adults indicate that they do receive it. Regarding dietary considerations, the population believes it is optimal. As for the basis of the adult's diet, all adults indicate that it is based on meat products.

Keywords: older adult; elderly; nursing home; medical treatment; therapy.

Recibido: 19 de junio 2025 | Aceptado: 25 de junio 2025

INTRODUCCIÓN

Derechos del adulto mayor

Acceso a función pública o privada: los adultos mayores tienen derecho a acceder a funciones públicas o privadas sin discriminación, excepto en casos de incapacidades físicas o mentales.

Acceso preferencial: los adultos mayores tienen prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, transporte, educación y ocupación, así como en la percepción oportuna de sus haberes.

Igualdad de derechos: los adultos mayores gozan del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito.

Garantías por parte del Estado: el Estado garantiza el ejercicio de los derechos de los adultos mayores y vela por su bienestar social, especialmente en casos de vulnerabilidad, abandono o falta de familia.

Determinantes sociales

Los determinantes sociales son factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y grupos.

Efectos: los determinantes sociales pueden generar desigualdades en la sociedad y afectar la salud de los adultos mayores.

Ejemplos: discriminación, abandono, maltrato, falta de acceso a servicios de salud y educación.

Terapias

Terapia de fármaco: la prescripción médica es un documento legal que avala la dispensación de medicamentos. La prescripción es un proceso clínico individualizado y dinámico.

Terapia psicológica: la psicoterapia es un tratamiento científico que busca mejorar la salud mental y física de las personas. Puede ser impartida por psicólogos o médicos con formación específica en psicoterapia.

Fisioterapia: la fisioterapia es una disciplina que ofrece una alternativa terapéutica no farmacológica para paliar síntomas de dolencias. El objetivo es facilitar el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo.

Fisioterapia

Campo de trabajo: los fisioterapeutas trabajan en clínicas, hospitales, residencias de ancianos, centros de salud, centros de investigación, etc.

Objetivo: el objetivo de la fisioterapia es facilitar el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo.

Importancia: la fisioterapia es fundamental para prevenir y tratar dolencias, y para mejorar la calidad de vida de las personas.

Importancia de la actividad física

La actividad física es fundamental para el envejecimiento activo y saludable, ya que contribuye a prevenir enfermedades, discapacidades y mejorar el bienestar de las personas mayores.

La falta de actividad física puede generar efectos negativos como: vulnerabilidad cardiovascular, pérdida y fragilidad muscular y esquelética, susceptibilidad inmunológica, obesidad, depresión y envejecimiento prematuro

La OMS señala que además de los efectos que la actividad física puede tener en la coordinación física (resistencia, equilibrio, movilidad de las articulaciones, velocidad en el caminar, entre otros) presenta efectos favorables sobre el metabolismo como:

- Mejora de la movilidad
- Equilibrio postural
- Prevención de enfermedades cardiovasculares
- Puede prevenir la osteoporosis y las caídas, dos de las principales causas discapacidad y dependencia en las personas mayores.
- Beneficia el metabolismo de la glucosa (diabetes), ya que la actividad física regular puede reducir la resistencia a la insulina y mejorar el control glucémico.

Actividad física y salud mental

La actividad física tiene efectos positivos en la salud mental, incluyendo:

- Mejora de la autoestima
- Reducción de la depresión y la ansiedad
- Tolerancia al estrés
- Autoconfianza
- Satisfacción con la vida
- Bienestar general

La actividad física puede reducir la depresión y la ansiedad en personas mayores, ya que puede mejorar la autoestima y la confianza al tener la posibilidad de realizar actividades de forma independiente.

El ejercicio físico puede contribuir a la reducción de la ansiedad y el estrés, ya que puede reducir la tensión muscular y prevenir el estrés.

Importancia de la elección del ejercicio

Es importante que cada persona elija el tipo de ejercicio que sea conveniente y le proporcione mayor aceptación y satisfacción.

La actividad física puede generar cambios positivos y mejorar el rendimiento físico de las personas mayores, independientemente de la edad.

Es importante considerar las necesidades y limitaciones individuales al elegir un programa de ejercicio, para asegurarse de que sea seguro y efectivo.

Actividades físicas recomendadas

La caminata es la actividad física más corriente entre las personas de edad avanzada, ya que es una forma natural de movimiento que puede incluirse en la vida cotidiana y doméstica. La caminata puede generar beneficios como:

- Aumento de la fuerza muscular y la resistencia
- Minimización de la inmovilidad y la rigidez muscular
- Preservación de la independencia y la capacidad de manejarse por uno mismo
- Establecimiento de contacto y relaciones con otras personas
- Mejora de la salud cardiovascular y la función pulmonar

Ejercicio físico y cambios de estado de ánimo

Thayer (1998) señala la importancia de la relación que existe entre el ejercicio físico y los cambios de estado de ánimo de las personas, ya que estos, controlan la conducta. Cuando el estado de ánimo es negativo, en especial el estado de tensión-cansancio, se provocan emociones negativas que reducen la energía y pueden motivar la utilización de determinadas sustancias como el tabaco, el alcohol y otras drogas. El ejercicio físico puede influir en los cambios de estado de ánimo de las personas, ya que puede:

- Reducir la tensión y el cansancio
- Incrementar la energía y la motivación

- Mejorar el estado de ánimo y reducir la depresión y la ansiedad
- Aumentar la autoestima y la confianza en uno mismo

Cabe señalar que el envejecimiento activo y saludable, de un modo en general, implica la optimización del tiempo que cada individuo reserva y orienta para su desarrollo social, diversión o descanso que se denomina de ocio. Como resaltan Terra, Ramos y Fernández (2005) este es un tiempo de libertad interior o un momento de reencuentro consigo mismo donde cada individuo tiene la posibilidad de elegir el qué, cómo y cuándo hacer.

Importancia de la socialización

La práctica regular de una actividad física puede incrementar las posibilidades de socialización de los individuos y reducir el aislamiento y la soledad.

Las redes de apoyo social creadas a través de la actividad física pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar de las personas mayores.

La socialización puede ser especialmente importante para las personas mayores que viven solas o que han experimentado la pérdida de un ser querido.

Motivación y adherencia

La motivación inicial para empezar una actividad física es fundamental para establecer el mantenimiento de esta.

Las actividades orientadas a la recreación son motivadas por factores internos, como el placer y la satisfacción, mientras que las actividades orientadas a la competición son influenciadas por motivaciones externas, como la búsqueda de reconocimiento y premios.

La adherencia a la actividad física puede ser influenciada por factores como la edad, el género, la condición física y la presencia de enfermedades crónicas. Por esto, independiente del tipo de actividad elegida por los mayores, ya sean físicas, artísticas, intelectuales o sociales entre otros, lo más importante es que el tiempo sea considerado como el tiempo vital escaso y

precioso, pues como señala Aguirre (1992, p. 38) es una irresponsabilidad que los mayores se dediquen a “matar el tiempo” en un ocio que se asemeja a la tranquilidad de los cementerios.

Diferencias de género

Quizás esta diferencia de género se deba a la propia historia de la mujer en el mundo del deporte. Como señalan Dubbert y Martin (1992) las oportunidades del ingreso de la mujer en el deporte y en la actividad física ha significado una conquista de muchas décadas, donde ella tuvo que probar a lo largo de los tiempos que tenía las mismas resistencias y capacidades que el hombre para participar en actividades deportivas. Aunque desde 1920 la mujer haya ingresado oficialmente en las actividades deportivas, con una participación limitada (el deporte era antifemenino), fue solamente en el año 1972 que las Instituciones Educativas pasaron a reconocerla como merecedora de las mismas oportunidades de competición y entrenamiento.

Existen diferencias de género en cuanto a los motivos para la práctica deportiva, ya que los hombres se motivan más por la diversión y el mantenimiento de la salud, mientras que las mujeres se motivan más por encontrarse con amigos y mantener la línea.

Las mujeres pueden enfrentar barreras adicionales para la práctica de actividad física, como la falta de tiempo y la responsabilidad familiar.

Riesgos y precauciones

Es importante tener cuidado con los riesgos que el ejercicio puede presentar, ya sea por el medio ambiente inadecuado o por el mal uso o abuso del ejercicio.

Es recomendable que las personas mayores tengan una orientación y supervisión de personal cualificado y utilicen vestimenta y protecciones adecuadas.

Es importante escuchar al cuerpo y no excederse en la intensidad o duración del ejercicio.

Psicomotricidad

La psicomotricidad es una técnica corporal que implica el conocimiento aportado por disciplinas básicas y con una metodología que enfatiza la importancia de la vivencia, la toma de conciencia corporal y de los aspectos relacionales fundamentales para la interacción personal con el entorno.

La psicomotricidad puede ser dirigida a distintos sujetos, sanos o que presenten algún tipo de limitación, trastorno o discapacidad, y puede tener un planteamiento individual o en grupo.

La psicomotricidad puede ser especialmente útil para las personas mayores que experimentan dificultades cognitivas o motoras.

Integración y toma de conciencia del cuerpo

La integración y toma de conciencia del cuerpo es fundamental para los adultos mayores, ya que puede ayudar a rescatar la dimensión corporal y redescubrir la corporeidad.

El cuerpo vivido o vivenciado, relacional, sexuado, con sus múltiples representaciones en los diferentes escenarios, es importante para la elaboración progresiva del Esquema corporal, núcleo básico de la Personalidad del individuo y la Identidad.

La toma de conciencia del cuerpo puede ayudar a los adultos mayores a:

- Mejorar su autoestima y confianza en sí mismos
- Reducir el estrés y la ansiedad
- Mejorar su capacidad para manejar el dolor y la discapacidad
- Incrementar su sentido de control y autonomía

Como refiere Aucouturier (1985; 2009) la expresividad motriz es la manera como cada individuo encuentra de expresar el placer de ser él mismo de una manera autónoma bien como expresar el placer de descubrir y reconocer el mundo que le rodea.

Importancia de la expresión de emociones y conflictos

La expresión de emociones y conflictos interiorizados es importante para los adultos mayores, ya que puede ayudar a evitar bloqueos, inseguridades e insatisfacción.

La imagen inconsciente del cuerpo se estructura en el seno de la relación de deseo, de expresión y comunicación afectiva con el otro.

Niveles de prevención

El trabajo con personas mayores puede ser realizado por un psicomotricista a partir de tres niveles distintos de prevención:

Prevención primaria: se trabaja de forma conjunta e interrelacionada todos los aspectos del ser humano, a través de juegos y dinámicas que favorezcan la socialización.

Prevención secundaria: se posibilita, a través de la rehabilitación, compensar algunos déficits con otras capacidades conservadas en aquellos casos de presencia de deterioro cognitivo o funcional.

Prevención terciaria: se desarrolla con personas que tienen un diagnóstico de demencia y se han manifestado sus déficits, donde se trabaja a nivel psicomotor para darles una mayor calidad de vida.

Intervención psicomotriz

Como refiere Soler Villa (2003; 2006) La intervención psicomotriz realizada a partir de los programas para personas mayores contempla una relación animador-grupo que centra su mirada en dos aspectos fundamentales:

Propiciar la reelaboración constante del esquema corporal y el ajuste de las conductas perceptivo-motoras

Favorecer la comunicación interpersonal y mejorar la eficiencia motriz a través de la toma de conciencia positiva de su propio cuerpo y de sus capacidades motoras

Aspectos que considerar en la intervención psicomotriz

Conocimiento del perfil del grupo: es importante conocer las características y necesidades del grupo para adaptar la intervención a sus necesidades.

Objetivos: es importante establecer objetivos claros y alcanzables para la intervención.

Actividades: es importante seleccionar actividades que sean adecuadas para el grupo y que promuevan la socialización y la toma de conciencia del cuerpo.

Espacio físico: es importante asegurarse de que el espacio físico sea seguro y adecuado para la intervención.

Materiales: es importante seleccionar materiales que sean adecuados para la intervención y que promuevan la creatividad y la expresión.

Metodología de las sesiones: es importante establecer una metodología clara y estructurada para las sesiones.

Animador: es importante que el animador tenga una actitud positiva y empática hacia el grupo.

Técnicas y métodos

La intervención psicomotriz se concreta a través de distintas actividades definidas en diferentes métodos (mecanicistas/funcionales y vivenciales) y técnicas complementarias como:

- Expresión corporal: utiliza para promover la expresión y comunicación a través del cuerpo.
- Musicoterapia: se utiliza para promover la relajación y la expresión a través de la música.
- Psico danza: se utiliza para promover la expresión y la comunicación a través del movimiento.
- Arteterapia: se utiliza para promover la expresión y la creatividad a través del arte.

Importancia de la formación profesional

Es fundamental que haya una formación profesional que permita su debida adecuación a la intervención, a las situaciones, a las condiciones y a las exigencias planteadas por las personas mayores con problemas.

El conocimiento sobre determinadas técnicas puede aportar habilidades y mejorar los recursos, lo cual requiere la cualificación de la intervención profesional.

Envejecimiento demográfico

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman poderosamente la atención en torno al tema del envejecimiento: “las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes, aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores” (Chackiel, 2000). De allí que el envejecimiento demográfico se define como un aumento de la proporción de personas de edad con respecto a la población total, concepto distinto al de envejecimiento de una persona, que aumenta en función del tiempo.

En términos cronológicos, las poblaciones pueden envejecer o rejuvenecer según como varíen las proporciones de los diferentes grupos de edad. Sin embargo, las tendencias observadas en las últimas décadas parecen indicar un progresivo envejecimiento de la población, si no ocurren cambios sustanciales hacia un incremento de la fecundidad, hecho que aparece como poco probable en las condiciones actuales. “El envejecimiento refiere a nuevos sentidos y significados de la “dinámica demográfica”. Como régimen demográfico, su especificidad se construye de un modo distinto, no a partir de la dinámica de los “componentes”, sino con base en estructuras sociales y demográficas de diferenciación social.” (Canales, 2001).

El estudio del proceso de envejecimiento plantea también desafíos teórico-metodológicos, pues no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.” (Celade, 2006) y Bertranou (2008) establece las siguientes expresiones del envejecimiento:

El envejecimiento demográfico se define como un aumento de la proporción de personas de edad con respecto a la población total.

Envejecimiento doméstico, que consiste en el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares.

El envejecimiento individual, incremento de la edad cronológica de las personas, vinculado al aumento de la esperanza de vida.

El abandono y negligencia

Deserción o fracaso, de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proveer custodia física o cuidado a un anciano. Presenta una amplia gama de manifestaciones, como no administrar cuidados o supervisión necesaria respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados, dejar solo a un adulto mayor que no pueda valerse en forma personal, no tomar medidas para evitar accidentes previsibles y prevenibles. (Letelier, 2005).

El abuso y el maltrato contra las personas de edad avanzadas incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, los propios adultos mayores perciben que en el abuso se incluyen los siguientes determinantes sociales, exclusión social y abandono, violación de sus derechos humanos y médicos.

Es preciso establecer una distinción entre el envejecimiento biológico, que guarda estrecha relación con la edad cronológica, y los conceptos sociales de envejecimiento. En palabras de Chackiel, conceptualmente el envejecimiento biológico como proceso irreversible,

considera "...vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales.

Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad o, mejor dicho, de un cumpleaños específico..." (Canales, 2001). Este umbral resulta arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores.

Al respecto, Villa y Rivadeneira destacan lo siguiente: "Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico estará siempre sujeta a arbitrariedad. Como expresa "...Bobbio (1997:24), el umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia: 'Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los sesenta.

Hoy, en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los ochenta, Solari (1987) sostenía que la edad de la vejez, auto percibida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos (2000:26).

Desde luego existe una edad biológica, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, hay también una edad social, que refleja los efectos de las normas que rigen los comportamientos de los individuos, como los estructurales referidos a las posibilidades de inserción y participación en las diversas esferas sociales. No debemos olvidar las diversas nociones que varían con relación al contexto espacio-temporal que marque, con mayor propiedad, el umbral de envejecimiento (Chackiel, 2000; Del Popolo, 2001; Villa & Rivadeneira, 2000).

Laslett (1996) señala que “el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, y [...] que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos...” (Chackiel, 2000).

Según dicho autor se pueden establecer cuatro grandes etapas en el ciclo de vida: la “primera edad” relacionada con la infancia y la juventud; la “segunda edad”, vinculada a la vida activa y reproductiva del individuo; la “tercera edad”, referida a la etapa activa de retiro y por último, la “cuarta edad”, que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado de la persona. Considerando entonces la “tercera edad”, el término no sería entonces sinónimo de “vejez”, sino que sólo refiere a una etapa específica de esa condición.

Chackiel expresa que con este término se trata de “...describir aquella etapa de la vejez en que las personas son relativamente autónomas, activas y socialmente integradas...”

Por lo tanto, es importante tomar en consideración, de acuerdo con Canales, que “La edad es una construcción social que con base en determinadas relaciones define una división social del trabajo, del poder y las responsabilidades entre los distintos individuos de una población. El envejecimiento biológico es así sobre determinado por el envejecimiento social en un proceso en que los significados de las distintas edades o etapas del ciclo vital de un individuo son construidos socialmente y en forma diferenciada.” (Canales, 2001)

Es importante considerar que además de la acepción biológica, vinculada con la edad cronológica, también se distinguen la subjetiva y la social. “La edad subjetiva apunta al envejecimiento psicológico y a la forma en que el individuo enfrenta y resuelve los conflictos derivados de los trastornos vinculados al avance de la edad biológica.

Está influenciada por la apreciación social de la vejez y por la experiencia individual de la misma. La edad social se refiere a la definición predominante de la vejez y está influenciada por componentes formales, como las normas legales que regulan la jubilación y por otros de tipo estructural, que condicionan la inserción de las personas en la sociedad y el

comportamiento cotidiano que de ellos se espera varía enormemente entre países” (CEPAL, 1997:16)

La vejez trae transformaciones personales, en las condiciones físicas, independencia económica y funcional, modificación en los roles familiares, participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, etc... (Villa y Rivadeneira, 1999). No se puede obviar el hecho de que edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades, sin embargo, no sucede lo mismo con la condición de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo (Aranibar, 2001). “Existe consenso en que la relación entre la edad y el envejecimiento no es directa ni causal, pues el factor clave no es la cantidad de años vividos sino la calidad de esa vida.” (CEPAL, 1997).

El hecho de que la edad y otras características que integrarían el concepto de vejez varíen según culturas, países o clases sociales, son cuestiones que deben tenerse presentes puesto que tienen implicancias para su análisis, sobre todo en una región tan heterogénea como lo es América Latina, donde los grupos de escasos recursos siguen trabajando hasta después de la edad legal de retiro (Chackiel, 2000). Aunque el envejecimiento es un fenómeno universal, hay diferencias importantes entre continentes y aún entre países, que se originan, como se ha mencionado precedentemente, en las diferencias de sus componentes demográficos (mortalidad, fecundidad y migración) los cuales evolucionan de manera desigual en cuanto a la intensidad de sus cambios.

Por ello, se dice que el envejecimiento de los países “...se desarrolla en el contexto de sus experiencias de transición demográfica...” (Villa y Rivadeneira, 2000).

El envejecimiento de la población mueve a reflexionar sobre la viabilidad y la pertinencia de las políticas de seguridad social, para los adultos mayores y en general, que se requieren políticas integrales orientadas a todas las personas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Desde lo individual implica cambios en el ciclo de vida, por la prolongación de la esperanza de vida.

Desde la perspectiva de la población implica “la emergencia de un nuevo estrato demográfico, esto es, una nueva categoría social y demográfica que da cuenta de las demandas, necesidades, responsabilidades y capacidades propias de un grupo poblacional específico” (Canales, 2001), que los diferencian de los otros grupos etarios. Por otra parte, requiere cambios a nivel social, ya que la sociedad también está envejeciendo.

Atención sanitaria

Todas las personas, sea cual sea su edad, deberán recibir oportunamente todas las formas de tratamiento que necesiten, con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, a restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.

Los cuidados tendentes a compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas ancianas enfermas, ayudándose a reorientar sus esperanzas y proyectos, son tan importantes como los tendentes a la curación.

Niveles de atención

Prevención primaria: se trabaja de forma conjunta e interrelacionada todos los aspectos del ser humano, a través de juegos y dinámicas que favorezcan la socialización.

Prevención secundaria: se posibilita, a través de la rehabilitación, compensar algunos déficits con otras capacidades conservadas en aquellos casos de presencia de deterioro cognitivo o funcional.

Prevención terciaria: se desarrolla con personas que tienen un diagnóstico de demencia y se han manifestado sus déficits, donde se trabaja a nivel psicomotor para darles una mayor calidad de vida.

Problemas de salud en adultos mayores

Limitaciones físicas: Pérdida de la visión, pérdida del equilibrio, disminución en la audición, déficit en la movilidad y la disminución del tiempo de reacción

Limitaciones psíquicas: Problemas de memoria, aterosclerosis, sentimientos de soledad, lentitud en el proceso de aprendizaje, evocan recuerdos del pasado y el temor a la muerte.

Problemas de salud: Alteración del ritmo y duración del sueño, Trastornos dispépticos, Disminución en la capacidad de absorción, Diverticulosis, Sepsis urinaria mantenida, Osteoporosis, osteocondritis y artropatías, Afecciones endocrinas metabólicas, Afecciones cardiovasculares, Afecciones tumorales, Afecciones cerebro vascular, Afecciones respiratorias.

Priorizar las siguientes áreas de investigación en relación con el tema del envejecimiento:

- Investigación epidemiológica
- Investigación acerca de la docencia en Gerontología
- Investigación acerca de los servicios sociales y de la salud de los ancianos
- Investigación acerca de las redes sociales informales

Factores de riesgo propios de la edad

Malas costumbres dietéticas: mala ingestión calórica, disminución en la ingestión de líquidos, consumo excesivo de azúcares y grasas, falta de fibra en la dieta, etc.

Sentimientos de soledad: aislamiento social, pérdida de seres queridos, falta de apoyo emocional, etc.

Estilo de vida sedentario: falta de actividad física regular, vida monótona, falta de motivación, etc.

Caídas: pérdida de equilibrio, debilidad muscular, problemas de visión, etc.

Disminución del tono muscular: pérdida de masa muscular, debilidad muscular, falta de flexibilidad, etc.

Pérdida de la integridad de la piel: úlceras por presión, heridas que no cicatrizan, piel seca y escamosa, etc.

No usar los atributos del anciano: no usar bastón, visera, ropa holgada, zapatos cómodos, etc.

Barreras arquitectónicas: obstáculos físicos que dificultan la movilidad y el acceso a lugares públicos y privados.

Medidas para evitar riesgos en el anciano

Cambios de estilo de vida: adoptar un estilo de vida saludable, con una dieta equilibrada, actividad física regular, y actividades sociales y recreativas.

Brindar conocimientos: educar a los adultos mayores sobre los riesgos y cómo prevenirlos, y proporcionarles información sobre los recursos disponibles para ayudarlos.

Eliminar barreras arquitectónicas: eliminar obstáculos físicos que dificultan la movilidad y el acceso a lugares públicos y privados.

Conocer factores e indicadores de riesgos: identificar los factores de riesgo y los indicadores de problemas de salud en los adultos mayores.

Ofrecer educación para la salud: proporcionar educación sobre la salud y el bienestar a los adultos mayores, y fomentar la participación intergeneracional.

Velar por la inmunización: asegurarse de que los adultos mayores estén al día con sus vacunas y medicamentos.

Velar por el consumo de nutrientes: asegurarse de que los adultos mayores consuman una dieta equilibrada y rica en nutrientes.

Realizar actividades físicas: fomentar la actividad física regular para mantener la movilidad y la fuerza muscular.

Ofrecer actividades recreativas y sociales: proporcionar oportunidades para que los adultos mayores se socialicen y se diviertan.

Rehabilitación del anciano

Uso de los atributos del anciano: utilizar herramientas y dispositivos que ayuden a los adultos mayores a mantener su independencia y movilidad.

Estimulación cognitiva: proporcionar actividades y ejercicios que estimulen la mente y la memoria.

Terapia física y ocupacional: proporcionar terapia física y ocupacional para ayudar a los adultos mayores a recuperar la movilidad y la función.

Fármacos en la tercera edad

Administración de fármacos: tener en cuenta las características especiales de los adultos mayores al administrar fármacos, como la disminución de la función renal y hepática.

Efectos indeseables: estar atento a los efectos indeseables de los fármacos en los adultos mayores, como la confusión, la somnolencia, y la interacción con otros medicamentos.

Uso de fármacos específicos: utilizar fármacos específicos para tratar condiciones comunes en los adultos mayores, como la hipertensión, la diabetes, y la osteoporosis.

Cuidado de adultos mayores

Proporcionar cuidado personalizado: proporcionar cuidado personalizado y atento a las necesidades individuales de cada adulto mayor.

Apoyar a los cuidadores: apoyar a los cuidadores y proporcionarles recursos y orientación para ayudarlos a cuidar a los adultos mayores.

Fomentar la independencia: fomentar la independencia y la autonomía de los adultos mayores, y proporcionarles oportunidades para que tomen decisiones sobre su propio cuidado.

Proporcionar apoyo emocional: proporcionar apoyo emocional y psicológico a los adultos mayores, y ayudarlos a manejar el estrés y la ansiedad.

METODOLOGÍA

La característica de esta investigación es de enfoque cuantitativo por la recolección de datos que enmarcará para probar la hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico. Estos datos se han de representar por gráficos de tal forma se comprenda las variables estudiadas en la investigación.

Corresponde al nivel descriptivo, porque ha de describir lo que se refiere a las terapias de los adultos mayores, por lo que según Sampieri las investigaciones descriptivas miden de manera más bien independiente los conceptos o variables en estudio, por lo que el propósito de las investigadoras es describir situaciones y variables que corresponden al tema establecido. (Sampieri et al., 2010).

El diseño de la investigación se define no experimental, porque las variables en estudio no se manipularán intencionalmente y es de corte transeccional por lo que se estudiará en una sola etapa en base a las dimensiones fundamentales; también se destaca que la problemática del tema se situará en ambientes naturales. (Sampieri et al., 2010).

El área de estudio donde se llevó a cabo la investigación es en el Hogar de Anciano Emilio Sosa Gaona, que implica un total de 16 adultos mayores de ambos sexos, de la ciudad de Concepción, departamento de Concepción. Un local donde acuden las personas mayores de edad, con varios tratamientos y terapias.

Como método se ha seleccionado la encuesta y la técnica el cuestionario, que constará de preguntas dicotómicas, directas por lo que estas requieren de un menor esfuerzo por parte de los respondientes y abiertas en la mayoría de las preguntas, porque sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento a fin de alcanzar los datos anhelados (Miranda, 2005).

RESULTADOS

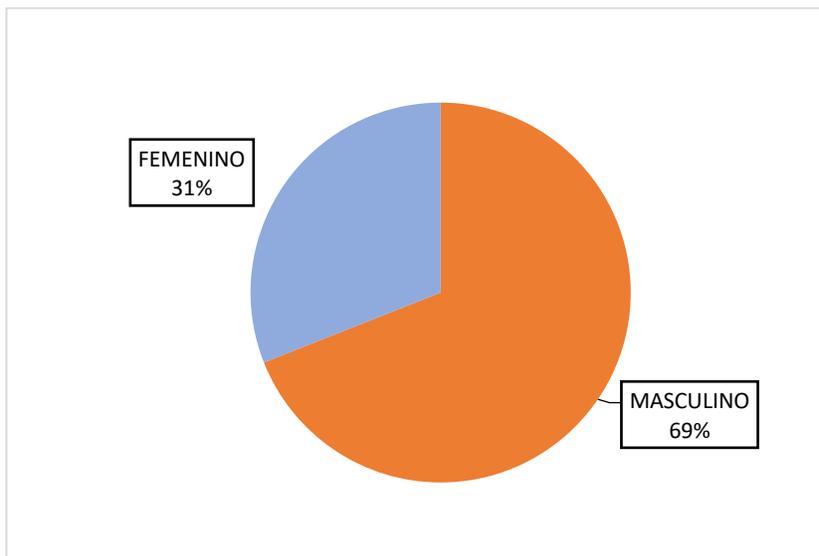
Tabla 1

Contexto. Sexo

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Femenino	31	5
Masculino	69	11

Figura 1

Contexto. Sexo



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

En esta gráfica podemos observar, 69% de los encuestados son de sexo masculino y un 31% de sexo femenino. En este aspecto se observa que según los datos prevalecen adultos de sexo masculino.

Tabla 2

Tiempo que se encuentra con alguna dolencia el adulto

Variables	Porcentaje	Frecuencia
-----------	------------	------------

6 meses	6	1
12 meses	0	0
Más tiempo	94	15

Figura 2

Tiempo que se encuentra con alguna dolencia el adulto



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

En cuanto al tiempo que posee alguna dolencia, la población sostiene en un 94% más tiempo, en cambio, 6% asumen que están hace 6 meses. Según la teoría, que los adultos mayores están expuestos a sufrir varios tipos de enfermedades, más aún los vulnerables de ciertas situaciones.

Tabla 3

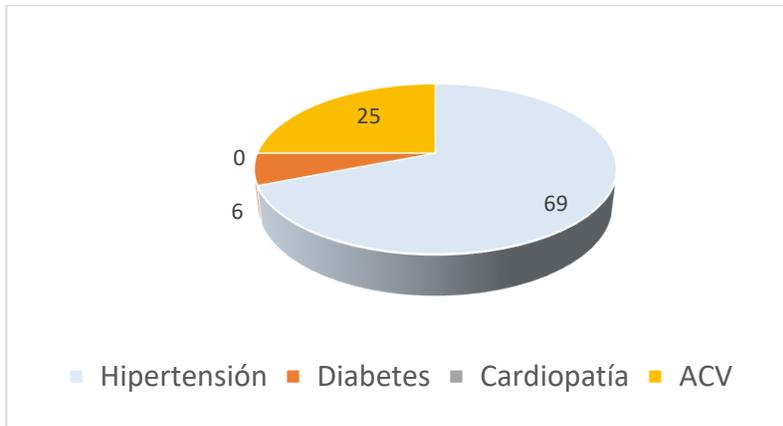
Tipos de enfermedades que padece el adulto

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Hipertensión	69	11
Diabetes	6	1

Cardiopatía	0	0
ACV	25	4

Figura 3

Tipos de enfermedades que padece el adulto



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Lo que respecta a qué tipos de enfermedades padecen los adultos del Hogar de Ancianos, el 69% de la población han afirmado que es la Hipertensión, 25% padecen ACV o Accidente cerebro vascular y 6% de Diabetes. La HTA es una de las enfermedades que caracteriza a los adultos.

Tabla 4

Tipo de tratamiento que lleva a cabo el adulto

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Tratamiento de fármaco	100	16
Tratamiento fisioterapéutico	0	0
Tratamiento de sicoterapia psicológica	0	0

Figura 4

Tipo de tratamiento que lleva a cabo el adulto



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

En cuanto al tipo de tratamiento que llevan a cabo los adultos mayores, el 100% sostuvieron que es el tratamiento de fármaco. El tratamiento de fármacos es un aspecto que merece atención a fin de evitar el polifármaco en los adultos.

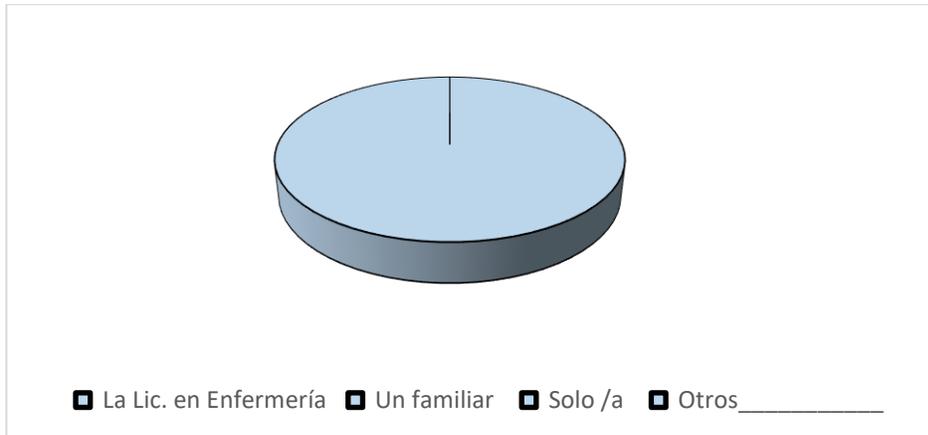
Tabla 5

Encargado de darle de tomar los medicamentos

Variables	Porcentaje	Frecuencia
La Lic. en Enfermería	100	16
Un familiar	0	0
Solo /a	0	0
Otros	0	0

Figura 5

Encargado de darle de tomar los medicamentos



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Los datos sobre de quién se encarga de darle de tomar los medicamentos, el 100% afirmaron que es la Licenciada en Enfermería del Hogar de Ancianos.

Tabla 6

Prohibiciones en el tratamiento que cuenta el adulto

VARIABLES	Porcentaje	Frecuencia
Si	94	15
No	6	1

Figura 6

Prohibiciones en el tratamiento que cuenta el adulto



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

En cuanto, a las prohibiciones en el tratamiento, el 94% de los adultos señalan que sí cuentan con restricciones en sus tratamientos y 6% afirman que no.

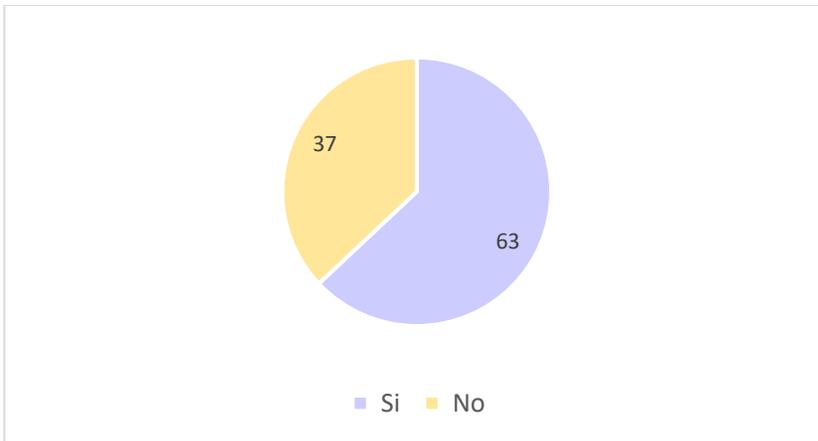
Tabla 7

Terapias de fisioterapias que realizan en caso de tener algunas lesiones en el cuerpo

Variabes	Porcentaje	Frecuencia
Si	100	16
No	0	0

Figura 7

Terapias de fisioterapias que realizan en caso de tener algunas lesiones en el cuerpo



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Lo relacionado a las terapias de fisioterapias que realizan en caso de tener algunas lesiones en el cuerpo, el 63% de los adultos señalan que sí poseen y 37% afirman que no. La fisioterapia es una de las técnicas que permiten al adulto a lograr una adecuada postura y respiración.

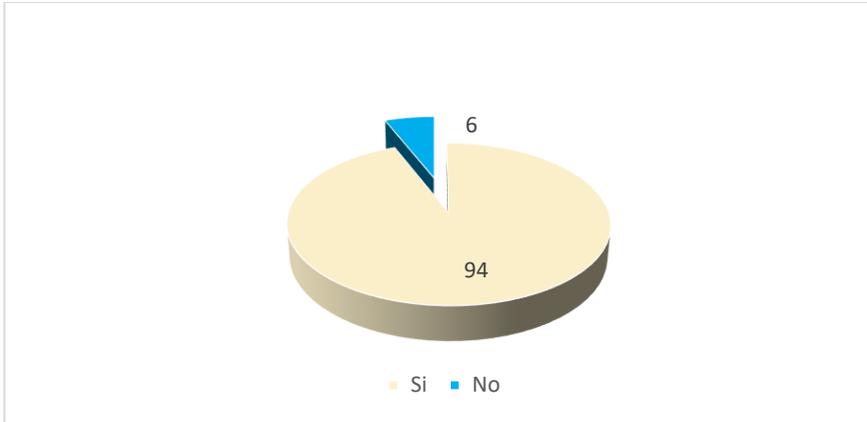
Tabla 8

Tipo de terapia que recibe mientras se encuentra en el lugar

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Reunión con los demás para conversar	87	14
Visitas a otras en su habitación	0	0
Tienen visitas de personas extrañas	13	2

Figura 8

Tipo de terapia que recibe mientras se encuentra en el lugar



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Con respecto a si los mayores reciben algún tipo de terapia mientras está en el Hogar, el 94% admitieron que si reciben algún tipo de tratamiento y 6% afirmaron que no.

Tabla 9

Actividades recreativas que realiza con los compañeros

Variabes	Porcentaje	Frecuencia
Caminata alrededor del hogar	100	16
Ejercicios de estiramiento	0	0
No realizan ninguno	0	0

Figura 9

Actividades recreativas que realiza con los compañeros



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Con relación a las actividades recreativas que realiza con los compañeros, el 87% de la población considera que lo que realiza es la reunión con los demás para conversar y 13% señala que tienen visitas de personas extrañas al lugar.

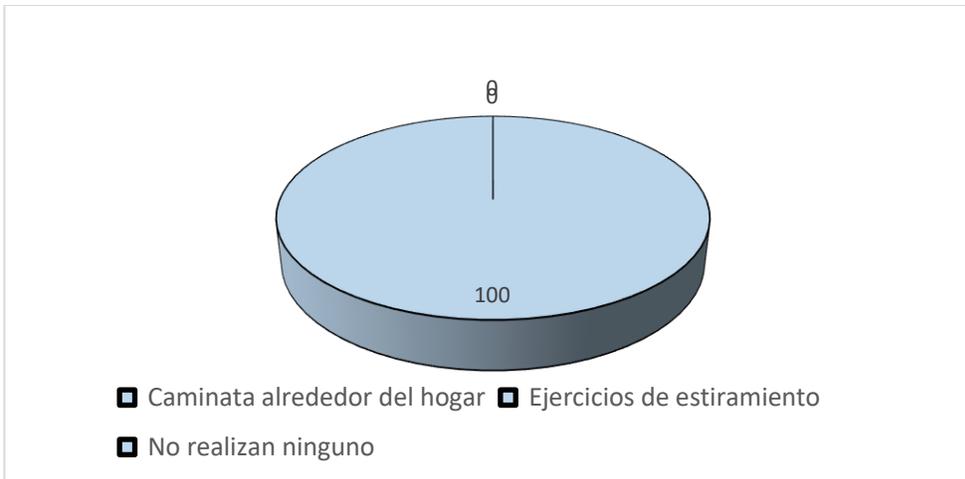
Tabla 10

Actividades físicas que lleva en forma diaria

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Si	94	15
No	6	1

Figura 10

Actividades físicas que lleva en forma diaria



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Este gráfico demuestra que el 100% de los adultos realizan caminata alrededor del hogar de ancianos. Una de las actividades pasivas que contribuye al adulto mayor para mantenerse activo.

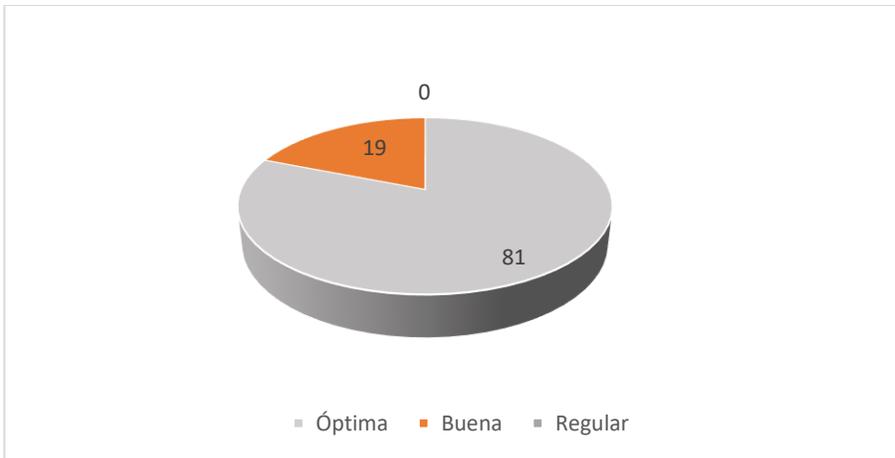
Tabla 11

Consideración de la alimentación

Variables	Porcentaje	Frecuencia
Si	63	10
No	37	6

Figura 11

Consideración de la alimentación



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Respecto al gráfico sobre las consideraciones de la alimentación, la población sostiene en un 81% es óptima y 19% es buena.

Tabla 12

La base de la alimentación del adulto

Variabes	Porcentaje	Frecuencia
Productos cárnicos	100	16
Productos basados en pastas	0	0
Productos basados en verduras y frutas	0	0

Figura 12

La base de la alimentación del adulto



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Lo que se refiere a la base de la alimentación del adulto, el 100% de los adultos señalan que la alimentación está basada en productos cárnicos. Es importante señalar que la alimentación debe ser integrada por proteínas, vitaminas y minerales que aporten al adulto mayor.

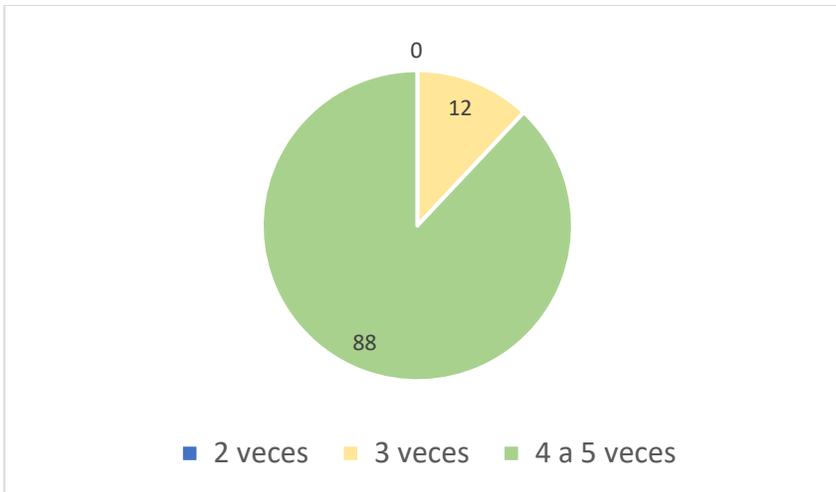
Tabla 13

Cantidad de veces que consume alimentos, el adulto mayor

Variables	Porcentaje	Frecuencia
2 veces	0	0
3 veces	12	2
4 a 5 veces	88	14

Figura 13

Cantidad de veces que consume alimentos, el adulto mayor



Fuente. Proveída de los adultos mayores.

Relacionado a la cantidad de veces que consume los alimentos, el adulto mayor, el 88% es de 4 a 5 veces y 12% 3 veces. Según los datos obtenidos, es aconsejable que toda persona consuma alimentos de entre 4 o 5 veces diariamente.

DISCUSIÓN

El 69% de los encuestados son de sexo masculino y un 31% de sexo femenino. El 94% de la población sostiene que tiene alguna dolencia hace más de 6 meses, mientras que el 6% afirma que está hace 6 meses.

El 69% de la población ha afirmado que padece de Hipertensión, el 25% de ACV o Accidente cerebrovascular y el 6% de Diabetes, y el 100% de los adultos mayores sostuvieron que llevan a cabo un tratamiento farmacológico, y el 100% afirmó que la Licenciada en Enfermería del Hogar de Ancianos es la responsable de administrar los medicamentos. El 94% de los adultos señalan que sí cuentan con restricciones en sus tratamientos y el 6% afirma que no.

El 63% de los adultos señalan que sí poseen fisioterapia y el 37% afirma que no. El 94% de los adultos admitieron que sí reciben algún tipo de tratamiento mientras están en el Hogar, y el 6% afirmó que no. El 87% de la población considera que la actividad recreativa que realiza es la reunión con los demás para conversar, y el 13% señala que tienen visitas de personas extrañas al lugar. El 100% de los adultos realizan caminata alrededor del hogar de ancianos.

La población sostiene en un 81% que la alimentación es óptima y el 19% que es buena. El 100% de los adultos señalan que la alimentación está basada en productos cárnicos. El 88% de los adultos consume alimentos de 4 a 5 veces al día, y el 12% consume 3 veces al día.

CONCLUSIONES

El trabajo de investigación se concluye en torno a los objetivos específicos, se presenta los datos obtenidos, lo cual se han propuesto, determinar las diferentes enfermedades que padecen los adultos mayores, además de describir los tratamientos recibidos, reconocer la variedad de alimentos que consumen y registrar las actividades físicas que realizan los adultos mayores.

Las diferentes enfermedades que padecen los adultos son: el Accidente cerebrovascular o ACV, Diabetes y la Hipertensión; esta última es la de mayor prevalencia, cuyo tratamiento que llevan a cabo es con fármaco y la fisioterapia en caso de tener lesiones en el cuerpo.

Con respecto a las actividades físicas y recreativas los realizan con los compañeros, además de realizar caminatas alrededor del hogar de ancianos. La alimentación del adulto está basada en productos cárnicos.

Finalmente, con relación al objetivo general, que se propuso describir el contexto de estilo de vida saludable de los adultos mayores, que residen en el Hogar de ancianos Monseñor Emilio Sosa Gaona. Concepción, en el periodo del 2019, se concluye que estos adultos cuentan con una de las enfermedades más comunes en esa edad, además de llevar a

cabo tratamiento farmacológico, terapias y fisioterapias, también realizan actividades físicas y llevan una alimentación basada en carnes, aspecto que es importante mencionar ya que, en la edad adulta, los alimentos deben estar basados en los nutrientes, proteínas y minerales que necesita el cuerpo.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con esta investigación.

Declaración de contribución a la autoría

Diosnel Jara Del Padre, Richard Damian Fariña Ortega, Ruth Noemi Alfaro Cano y Daisy Antonella Chaparro Santacruz: conceptualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que utilizaron la Inteligencia Artificial como apoyo para este artículo, y que esta herramienta no sustituyó de ninguna manera la tarea o proceso intelectual, manifiestan y reconocen que este trabajo fue producto de un trabajo intelectual propio, que no ha sido publicado en ninguna plataforma electrónica de inteligencia artificial.

REFERENCIAS

- Aguirre, Á. (1992). *El ocio como cultura de la vejez: Hacia una gerontopsicología social*. Papeles del Psicólogo, (54). Madrid: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). *Salud, los determinantes sociales de la persona*. Bogotá, Colombia.

- Aucouturier, B. (2009). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz* (4.^a ed.). Barcelona: Editorial Graó.
- Aucouturier, B., Darrault, I., & Empinet, J. L. (1985). *La práctica psicomotriz: Reeducción y terapia*. Barcelona: Editorial Científico Médica.
- Bertranou, E. (2008). Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. *Población y Desarrollo*, (82). Santiago de Chile: CEPAL.
- Canales, A. (2001). La población en la era de la información: De la transición demográfica al proceso de envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (48). El Colegio de México. <http://redalyc.uaemex.mx/buscador/search.jsp?query=alejandro+canales>
- Celade. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. CEPAL. LC/W.113. Santiago de Chile.
- Chackiel, J. (1999). Envejecimiento de la población latinoamericana: Una relación de dependencia favorable. Documento presentado en la Sesión III del *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, CEPAL/FNUAP, Santiago de Chile.
- Estelbina Miranda de Alvarenga. (2005). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Paraguay.
- Hernández Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación: Guía para la realización de proyectos de investigación*. México: McGraw-Hill.
- Laslett, P. (1996). Necessary knowledge. En D. I. Kertzer & P. Laslett (Eds.), *Aging in the past: Demography, society and old age* (pp. xx–xx). London-Berkeley, CA.
- Martin, J. E., & Dubbert, P. M. (1982). Exercise applications and promotion in behavioral medicine: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1004–1017.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). ¿Cómo define la OMS la salud? Ginebra:

OMS. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Conferencia internacional sobre la promoción de la salud: Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Ottawa, Canadá, 21 de noviembre.

Terra, J., Ramos, C., & Fernández, R. (2005). *Atividade física como forma de lazer para idosos*. Porto Alegre: Editora Doravante.

Thayer, R. E. (1998). *El origen de los estados de ánimo cotidianos: El equilibrio entre la tensión, la energía y el estrés*. Grupo Planeta (GBS).

Villa, M., & Rivadeneira, L. (1999). El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica. En *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad: Seminario Técnico* (Serie Seminarios y Conferencias N.º 2). CEPAL, Santiago de Chile.