



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



MAESTRIA DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA Y GERIATRICA.

**LA AFECTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LAS
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.**

Autor: Licda. Luque Rosmary.

Tutor: Prof. Manuel Boggio

Naguanagua, Abril de 2017.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AREAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



MAESTRIA DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA Y GERIATRICA.

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, Prof. Manuel Boggio titular de la Cédula de Identidad V-8.198.986, por medio de la presente hago constar que acepte la tutoría del Trabajo de grado que lleva por título: **La Afectividad del Adulto Mayor y su relación con las prácticas de autocuidado**, el cual será desarrollado por Rosmary Luque, titular de la Cédula de Identidad V- 17.252.336, como requisito para optar al título de Magister en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, Además, certifico que he tenido conocimiento del proyecto desde el inicio hasta su culminación y considero que reúne los requisitos suficientes para ser sometido a su presentación ante la Comisión Coordinadora de la Maestría.

Prof. Manuel Boggio

C.I 8.198.986.

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada:

A mis **Padres** quienes me dieron la vida y siempre han forjado en mí, valores, principios y una educación que ha llevado a superarme y alcanzar mis metas planteadas, con mucha paciencia, han tolerado mis ausencias y ocupaciones. ¡Los amo!

A mi **Amorcito** bello que todos los días está allí para amarme y darme aliento en momentos difíciles, tolerando mis humores más rebeldes y teniéndome mucha paciencia, siempre junto a mí en todo momento. ¡Te amo!

A mi **Hija** bella y hermosa que es mi vida entera y cada sacrificio que hago es por ti y darte una mejor calidad de vida. Gracias por tu sonrisa y tu inocencia que dan el empuje necesario para no decaer. ¡Te amo!

A mi **Hermano** mi cómplice, mi amigo, que no permite que desmaye y que siempre tiene el gesto y las palabras oportunas cuando uno más las necesitas. ¡Te amo!

AGRADECIMIENTO.

A mi Dios y mi Virgencita de Guadalupe que iluminan todos mis días.

A mis Padres Rosa de Luque y Marcos Luque, que son mi apoyo, mi fortaleza y mis ganas de seguir adelante.

A mi Hermano Marcos Andrés Luque P, que siempre me apoya incondicionalmente y me hace reír así este de mal humor.

A mi Hija bella y hermosa Ámbar José Fernanda Boggio Luque que ha tolerado mis ausencias, pero sé que en su inocencia siempre me respalda.

A mi Amorcito bello Manuel Boggio que forma parte esencial de mi vida, en lo académico gracias por ser mi tutor y guiarme en ser cada día mejor persona y profesional. Juntos amamos la docencia.

A mis estimadas docentes Dora Aranguren, Elda Henríquez, Carmen Gainza, Vicenta Fernández, Delia Oberto, Yolanda Rodríguez, Julia Rengifo, Neris Ortega, Norely Mendoza, Abraham Barrios, Martín Flores, agradezco sus acertados aportes para el mejoramiento de esta investigación. Mis ejemplos a seguir.

A una personita muy especial que siempre esta presta a ayudar a solventar las situaciones más adversas, pues ella siempre está allí con una sonrisa enorme y con muy buena disposición Sra. María Alfonzo. Mil gracias.

A mis estudiantes de Pregado de la Unefa Naguanagua y Universidad de Carabobo por su apoyo y palabras de aliento.

A la Universidad de Carabobo, por abrirme las puertas y hacer posible uno de mis grandes sueños y/o metas como es el de seguir la preparación académica lo que permite avanzar como profesional; así como también, le agradezco por darme la libertad para crear.

INDICE GENERAL

	Pag
Índice General.	v
Índice de cuadros.	vii
Índice de gráficos.	ix
Resumen.	xi
Introducción.	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA.	3
Planteamiento del problema.	3
Objetivos de la Investigación.	7
Justificación.	8
II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.	10
Antecedentes de la investigación.	10
Bases Teóricas.	15
El adulto mayor.	15
Afectividad del adulto mayor.	16
Emociones.	18
Emociones positivas.	23
Alegría.	25
Satisfacción Motivacional.	25
Gratitud.	27
Serenidad.	27
Emociones Negativas.	28
Miedo.	29
Ira.	31
Vergüenza.	34
Tristeza.	35
Repugnancia o Asco.	38
Las prácticas de autocuidado.	39
Las actividades de la vida diaria.	42
Bases legales.	47
Definición de términos.	48
Sistema de hipótesis.	49
Sistema de Variables y su Operacionalización.	50
III MARCO METODOLOGICO.	52
Diseño y tipo de Investigación.	52
Población y muestra.	52
Población.	52
Muestra.	53
Instrumento y recolección de la información.	53
Validez.	54
Confiabilidad.	54
Procedimiento de Recolección de datos.	54
Técnica de tabulación y análisis de datos.	55

IV	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	56
	Resultados de la investigación ..	56
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	89
	Conclusiones.	89
	Recomendaciones.	93
	Referencias Bibliográficas.	95

INDICE DE CUADROS

N°		Pag.
1	Expresiones emocionales positivas y negativas, me siento y siento.....	19
2	Componentes cualitativo y cuantitativo de la emoción.....	21
3.	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Edad, Sexo y con quien vive. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2017.....	56
4	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Si trabajan y tipo de trabajo. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2017.....	58
5	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Recibe pensión, tipo de pensión y ayuda económica familiar. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.....	60
6	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Alegría . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	62
7	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Satisfacción Motivacional . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	64
8	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Agradecimiento . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	66
9	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Serenidad . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	68
10	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Miedo . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	70
11	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Ira . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	72
12	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Vergüenza . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	74

13	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Tristeza . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	76
14	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Repugnancia . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	78
15	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades básicas de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	80
16	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	82
17	Media más la prueba F de ANOVA, de las respuestas de los adultos mayores, según: La Variable Afectividad en sus factores Emociones Positivas y Negativas y Las Prácticas de Autocuidado en sus factores Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	84

INDICE DE GRÁFICOS

N°		Pag.
1	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Edad, Sexo y con quien vive. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2016.....	57
2	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Si trabajan y tipo de trabajo. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2016.....	59
3	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Recibe pensión, tipo de pensión y ayuda económica familiar. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2016.	61
4	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Alegría . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	63
5	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Satisfacción motivacional . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	65
6	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Agradecimiento . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	67
7	. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Serenidad . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	69
8	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Miedo . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	71
9	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador IRA . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	73
10	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Vergüenza . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	75
11	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Tristeza . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	77

12	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Repugnancia . Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	79
13	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades básicas de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	81
14	Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades Instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	83
15	Media más la prueba F de ANOVA, de las respuestas de los adultos mayores, según: La Variable Afectividad en sus factores Emociones Positivas y Negativas y Las Prácticas de Autocuidado en sus factores Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.	88



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



MAESTRIA DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA Y GERIATRICA

**LA AFECTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN
 CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.**

Autora: Lic. Rosmary M. Luque P.

Tutor: Prof. Manuel Boggio

Año: 2017

RESUMEN

El presente estudio está enmarcado en la Línea de Investigación: Autocuidado, planificación y funcionamiento de la atención primaria de salud del adulto mayor, de la Maestría en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, Titulado: La Afectividad del Adulto Mayor y su relación con las Prácticas de Autocuidado. El Objetivo General: Determinar la relación entre la Afectividad del Adulto Mayor y las Prácticas de Autocuidado. Es una investigación descriptiva correlacional. La población fue de 60 Adultos Mayores y la muestra de 40 que representa un 66,66 %. Las técnicas de recolección de datos fue con un instrumento que constó de 03 partes, la primera con 06 ítems de datos sociodemográficos; la segunda con 24 ítems de la variable afectividad en una escala de Lickert con alternativas totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, la tercera parte con 15 ítems de la variable prácticas de autocuidado en una escala de Lickert con alternativas sin ayuda, con ayuda no lo realiza y no contesta. La confiabilidad arrojó según el Alfa de Crombach 0,83 para la primera variable y la segunda ya válida internacionalmente. Los resultados concluyen que 55% son de sexo masculino, 37,5% entre 61 a 65 años de edad, 32,5 % viven con esposas (os) e hijos; a mayores reacciones vivenciales y emocionales positivas y negativas del adulto mayor a nivel personal, familiar y comunitario para sus buenos y malos actos, mayor será la autoatención en sus funciones básicas e instrumentales de la vida diaria.

Palabras clave: Adulto Mayor, Afectividad, Emociones positivas, Emociones negativas, prácticas de autocuidado.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



MAESTRIA DE ENFERMERIA GERONTOLOGICA Y GERIATRICA

**AFFECTIVITY IN THE ELDERLY AND ITS RELATION TO SELF-CARE
 PRACTICES.**

Autora: Lic. Rosmary M. Luque P.
Tutor: Prof. Manuel Boggio
Año: 2017

ABSTRACT

This study is framed in the research self-care. Planning and funcionamiento de primary health care of the elderly, expertise in gerontology and geriatric nursing. Entitled affectivity in the elderly and its relation to self-care practices. The general objective to determine the relation between affectivity and adult mayir autocuidado practices. It is a correlational decriptiva research, population was 60 elderly and 40 sample representing 66,66%. Recolection techniques of date was an instrumrnt and three parts, the first with 6 items sociodemographic date. The second with 24 iurems affectivity variable on a scale lickert with alternativas totally agree, according indifferently, totalmenye disagree. The third with 15 items of variable autocyidado practices on a liket scale with alternative unassisted, with help, not performed and answers. Throw reliability according the Cronbachs alpha 0,83 for the second and internationally valid. The results concluded that 37,5% between 61 and 65 years old, 32,5% live with their wives e children older. Experiential and emotional reactions both positive and negative of the eldarly to personal, family and community levels for their good and bad deeds, the self-care in their basocas functions and instrumentalea of daily live.

keywords: Elderly, Emotions positive and negative emotions, self-care practices.

INTRODUCCIÓN.

La afectividad siempre se producirá en un marco interactivo, porque quien siente afecto por alguien es porque también, de parte del otro, recibe el mismo afecto. Su predisposición para ayudar siempre en familia es una de las causas fundamentales de afecto para con el adulto mayor. En tanto, el afecto es una de las pasiones del estado de ánimo, es la inclinación que se manifiesta hacia algo o alguien, especialmente de amor o de cariño.

De esto, se desprende que los adultos mayores independientemente de que sean más o menos sensibles, siempre necesitan de la afectividad para vivir y para seguir adelante a pesar de los obstáculos que se le presentan, porque aunque el día no haya sido de lo más brillante, saben que encontrarán contención y olvido en su casa. La afectividad, entonces, es parte fundamental de la vida porque es la que en definitivas cuentas los ayudará a ser mejores personas y a no sentirse jamás solos. Es importante que las personas que rodean al adulto mayor conozcan los cambios en la comunicación y usen estrategias facilitadoras, actividades que le permitan mantener una comunicación efectiva con el adulto mayor.

En el lenguaje cotidiano, expresamos las emociones en una escala positivo - negativo y en magnitudes variables, como "me siento bien", "me siento muy bien", "me siento extraordinariamente bien" (intensidades o grados del polo positivo), o "me siento mal", "me siento muy mal", "me siento extraordinariamente mal" (intensidades o grados del polo negativo). Las emociones son reacciones a las informaciones que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar.

En consecuencia, se pueden reconocer en toda emoción dos componentes bien diferenciados. Por un lado, un componente **cualitativo** que se expresa mediante la

palabra que utilizamos para describir la emoción (felicidad, agradecimiento, ira, tristeza, etc.) y que determina su signo positivo o negativo. Por otro lado, toda emoción posee un componente **cuantitativo** que se expresa mediante palabras de magnitud (poco, bastante, mucho, gran, algo, etc.), tanto para las emociones positivas como negativas. El cuadro siguiente trata de reflejar estos dos componentes de toda emoción.

Verificando según su estado de salud, si el mismo está en la capacidad física y emocional positiva y negativamente como son: la alegría, satisfacción motivacional, gratitud, serenidad, temor, ira, vergüenza, tristeza y repugnancia y de realizar las actividades básicas como: comer, vestirse, peinarse, entre otras y en relación a las actividades instrumentales, las funciones que realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida identificándose algunas como: Utilizar el teléfono, comprar comida y ropa, utilizar el transporte, prepararse la comida, tomar medicinas, administrar dinero, entre otras. Las cuales son imprescindibles para que el adulto mayor tenga un desarrollo normal de la vida y por lo tanto mantenga las capacidades de autocuidado.

El proyecto de investigación está enmarcado en la **Línea de Investigación Autocuidado, planificación y funcionamiento de la atención primaria de salud del adulto mayor** de la Maestría en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, y está estructurado en cuatro capítulos: El primero referido al problema lo conforma, el planteamiento del problema, objetivos de la investigación y la justificación. El capítulo II referido al marco referencial, contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas que sustentan la investigación, las bases legales, definición de términos, el sistema de variables y su operacionalización. El capítulo III describe la metodología de la investigación, conteniendo el tipo de estudio, población, muestra, instrumento y aspectos de importancia acerca de la recolección y técnicas de tabulación y análisis de datos. El capítulo IV se refiere al análisis e interpretación de los resultados. El Capítulo V, describe las conclusiones y recomendaciones y por último las bibliografías consultadas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En el presente capítulo se describe el problema en estudio, los objetivos y la justificación del mismo.

Planteamiento del Problema.

La vejez como fase final del proceso de crecimiento y desarrollo, depende de múltiples condiciones genéticas y ambientales relacionadas también con el contexto histórico, político, económico y sociocultural, así como aspectos personales y familiares. El envejecimiento es una etapa vital del ser humano, constituye un proceso que experimentan las personas, que puede ser visto desde un enfoque biológico que parte desde los cambios funcionales por sistemas ocurriendo una declinación fisiológica normal, disminución de la reserva funcional, mayor fragilidad y vulnerabilidad, presencia de enfermedades crónicas como riesgos y complicaciones mayores que causan un aumento de las limitaciones en su funcionalidad de la vida diaria.

Durante esta etapa de la vida, el adulto mayor se torna vulnerable a ciertos padecimientos crónicos y problemas asociados con su capacidad funcional, demandando mayor atención de su grupo familiar y de la sociedad, considerando además que cada vez se incrementa el número de adultos mayores a nivel mundial. Al respecto el Centro de Psicología Gerontológica CEPSIGER (2010), refiere que: “La población mundial alcanzará los 9.100.000 habitantes en el año 2050” (p.18).

Por otra parte, el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos para la América latina, perteneciente a la Organización de las Naciones Unidas (ONU - DESA) (2006),

describen que la población de adultos mayores para América latina, incluyendo el Caribe pasara de 42.4 millones (7,9%) en el 2000, al 96,9 millones (12,8%) para el año 2025, notándose el incremento de adultos mayores.

Así mismo en Venezuela, para el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que “a nivel mundial este grupo etario de adultos mayores está experimentando una expansión inusitada estimándose un envejecimiento avanzado con 10 por ciento de adultos mayores para el año 2000, un 12 % para el año 2008 y con una proyección de 24,19% para el 2050” , por lo que Venezuela no escapa de esta realidad ya que de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE 2010), la población estimada fue de 28.833.845 de los cuales 2.519.761 son Adultos mayores representando el 8,7 %. (P.262-263)

De acuerdo al INE para el año 2010 el Estado Carabobo, contaba con 2.331.564 habitantes de los cuales 130.128 eran adultos mayores, lo que equivale al 5.6 % de la población. Asimismo el municipio Los Guayos para el mismo año, tenía una población aproximada de 173.639 habitantes, siendo de estos 9.359 Adultos mayores que equivalen al 5.3 %, considerándose una cifra bastante significativa. Este creciente aumento demográfico de la población de adultos mayores ha hecho posible que el ser humano prolongue su vida, cada vez más, con el estilo de vida de las personas y con el cuidado que proporcionan a su salud. Sin embargo, la carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social.

La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades, es decir, en la sociedad cada individuo que envejece se crea un personaje e improvisa su actuación, la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar, lo cual contribuye a generar un conjunto de sentimientos de minusvalía y subestimación, desarrollando el

adulto mayor un enfoque que se desplaza desde el mundo exterior (extroversión) al interior (introversión).

De tal manera que siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad y sus familiares por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva del adulto mayor. Esa ruptura en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con sus familiares y vecinos, la insuficiencia de relaciones con pares, amigos y miembros de la comunidad van dejando como consecuencia la distancia.

Para el adulto mayor las relaciones familiares son un elemento fundamental en su vida, al igual que con los miembros de la comunidad, ya que es la más idónea para controlar sus emociones que directamente afectan su estado de ánimo. De allí la importancia del apoyo de los mismo para mantener una realización afectiva eficaz tanto personal, familiar y en la comunidad. Considerando que la afectividad siempre se producirá en un marco interactivo, es decir, es un aspecto importante de la adaptación del adulto mayor como función propia que orienta y matiza las acciones, abarcando todo los estados anímicos en cuanto a las emociones positivas y negativas que están ligadas al proceso de envejecimiento, razón por la cual son más lentos en su desencadenamiento y las emociones persisten aún después de haber desaparecido los estímulos internos y externos.

Tal es así, que Weiner (1986) describe que “Sin emociones la vida sería monótona y aburrida, nadie percibiría los efectos de cada situación, ni podría mantenerse una relación afectiva y la mente no buscaría el placer de la creación” (p.276). Es por ello que se destaca que cuando las personas envejecen, la capacidad para vivir independientemente es una importante prueba de competencia afectiva medida por su

estado de ánimo como son las emociones y las prácticas de autocuidados a través de las actividades de la vida diaria (AVD).

Verificando según su estado de salud, si el mismo está en la capacidad física y emocional positiva y negativamente como son: la alegría, satisfacción motivacional, gratitud, serenidad, temor, ira, vergüenza, tristeza y repugnancia y de realizar las actividades básicas como: comer, vestirse, peinarse, entre otras y en relación a las actividades instrumentales, las funciones que realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida identificándose algunas como: Utilizar el teléfono, comprar comida y ropa, utilizar el transporte, prepararse la comida, tomar medicinas, administrar dinero, entre otras. Las cuales son imprescindibles para que el adulto mayor tenga un desarrollo normal de la vida y por lo tanto mantenga las capacidades de autocuidado.

Por lo tanto, en la Urb. Los Cerritos en el sector Paraparal del Municipio Los Guayos, el adulto mayor, durante el desenvolvimiento en su entorno familiar y comunitario su interacción presenta una serie de dificultades al creer que por su edad pueda ser inútil, debido a que es rechazado en ámbitos familiares y comunitarios, hasta verse desvalido y con pensamientos negativos de sí mismo, no interrelacionándose por creer que su imagen esta distorsionada físicamente por la edad, si busca para realizar alguna actividad cotidiana en su hogar y con los miembros comunitarios es rechazado a un segundo nivel de realización. Así mismo, en visitas realizadas a la comunidad se pudo observar en la interrelación con algunos adultos mayores, estos manifiestan que no los comprenden en sus necesidades, que tiene perdida de amor de los miembros familiares y comunitarios, los problemas que se le presenta le cuesta resolverlos hasta el punto de compararse con adultos jóvenes y excluirse hasta llegar a aislarse de todo su entorno pensando que es una carga emocional, familiar y social.

Así mismo, el adulto mayor ve que ha disminuido su capacidad de tomar decisiones en sus actividades diarias, en muchos casos refiere que su dinero proveniente de pensiones, jubilaciones entre otros es manejado por los familiares disminuyendo su capacidad de utilizar financieramente sus ingresos. De igual manera, el trato de

familiares y otros miembros de la comunidad afectan en sus actividades de auto atención, teniendo dificultad para adquirir alimentación, productos de higiene personal, ropa y calzado por ser discriminados por su edad. El proceso de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos adultos mayores cierta dificultad para percibir sus capacidades, habilidades y desde luego los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general.

La situación antes descrita en relación con la afectividad del adulto mayor y las prácticas de autocuidado generan las siguientes interrogantes:

¿Cómo se desenvuelve emocionalmente el adulto mayor a nivel personal, en su grupo familiar y comunitario?

¿Cómo se relaciona La afectividad en el adulto mayor con las prácticas de autocuidado?

Objetivos de la Investigación.

Objetivo General.

Determinar la relación entre la Afectividad del Adulto Mayor y las Prácticas de Autocuidado. En la Urbanización. “Los Cerritos”. Carabobo, 2017.

Objetivos Específicos.

1.- Establecer la relación entre las Emociones Positivas en el Adulto Mayor y Las Actividades Básicas de la Vida Diaria. En la Urbanización. “Los Cerritos”. Carabobo, 2017.

2.- Establecer la relación entre las Emociones Positivas en el Adulto Mayor y Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En la Urbanización. “Los Cerritos”. Carabobo, 2017.

3.- Establecer la relación entre las Emociones Negativas en el Adulto Mayor y Las Actividades Básicas de la Vida Diaria. En la Urbanización. “Los Cerritos”. Carabobo, 2017.

4.- Establecer la relación entre las Emociones Negativas en el Adulto Mayor y Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En la Urbanización. “Los Cerritos”. Carabobo, 2017.

Justificación del Estudio.

El adulto mayor en su proceso de envejecimiento sufre grandes cambios psicofisiológicos que influye en su vida diaria, que afecta directamente en sus prácticas de autocuidado. Es por ello que esta investigación es de gran relevancia ya que estudia la afectividad en sus emociones positivas y negativas y las relaciones e influencia que tiene con las actividades de la vida diaria.

Para los adultos mayores es significativo ya que en esta etapa de la vida deben manejar y entender cada uno de los cambios propios del envejecimiento tanto físico, como psicológicos y sociales para que su desenvolvimiento se dé efectivamente en cuanto a sus actividades diarias, tareas entre otras y sea capaz de tener su propio sentido de identidad, como el de asumir las pérdidas tanto a nivel personal, laboral y familiar.

Así mismo en el grupo familiar, para que integren a las personas de la tercera edad en tareas que proporcionen un nivel de actividad dinámico, sirviendo como un apoyo emocional que facilite la interacción y el buen desarrollo de sus prácticas de autocuidado.

También tiene importancia a nivel social, ya que actualmente existe un crecimiento acelerado de la población adulta mayor, donde los cambios en el proceso del envejecimiento poblacional conllevan a considerar al adulto mayor como un valor, como persona que puede ofrecer todavía a la sociedad, tomando en cuenta que no es la exclusión la solución para este grupo etario sino la participación tanto a nivel individual, familiar y comunitario, permitiéndole un mejor desenvolvimiento para el control de las emociones y en las actividades que realice en su vida diaria.

Para las prácticas de enfermería tiene gran connotación en cuanto al conocimiento del proceso de envejecimiento y los cambios que se producen durante esta etapa de la vida en el adulto mayor que benefician al proceso de adaptación en sus emociones y las actividades de la vida diaria que realiza como higiene y confort, alimentación, movilidad física, entre otros, asumiendo un cuidado especializado, eficaz y de calidad entendiendo la importancia y el valor de los adultos mayores que tiene en etapa de la vida. Destacándose que si los adultos mayores a mayor reacción emocional positiva mantendrán una independencia al momento de desarrollar las prácticas de autocuidado, ellos tendrían una mejor calidad de vida, y por ende conservarían un autocuidado satisfactorio y un envejecimiento exitoso.

Es importante para la docencia, ya que los estudiantes de la carrera de enfermería y los docentes tendrían como guía este estudio para realizar programas de salud que generen cambios positivos en las reacciones emocionales de los adultos mayores en su entorno familiar y comunitario en cuanto a la realización de las actividades de la vida diaria. Y de igual manera es importante para la investigación, ya que serviría como antecedentes para futuros estudios relacionados con esta línea en este grupo etareo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En el presente capítulo se describen los antecedentes relacionados con el estudio, las bases teóricas de las variables en estudio, las bases legales, definición de términos el sistema de hipótesis y el sistema de variables y su operacionalización. Así mismo, se presentan algunos antecedentes que tienen relación con el actual estudio.

Antecedentes del Estudio.

Lizcano C y Cerquera, A. (2013). Realizaron un trabajo de investigación: Fortalecimiento de los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A. de Floridablanca y su familia. Colombia, Bucaramanga. El presente trabajo de grado tuvo como propósito fortalecer los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A de Floridablanca y su familia. Para dar cumplimiento a este objetivo se planteó un programa de intervención, comprendido por talleres reflexivos y encuentros de tipo individual aclarándose dudas en la concepción de vejez y los mitos existentes, se dió a conocer el compromiso afectivo del acudiente o red de apoyo para con el viejo, y se profundizó en las expresiones de afecto como necesidad para el bienestar del senescente. Los sujetos de la muestra fueron 43 gerontes institucionalizados, 15 acudientes mayores de 18 años y 22 integrantes del personal donde residen los ancianos.

Para el diagnóstico de la situación y funcionalidad familiar de los mayores seleccionados, así como para la posterior evaluación del impacto que tuvo el programa se aplicaron las pruebas APGAR FAMILIAR, Smilkstein, (1978) y RELAF, Cossio, (2005). Los resultados presentaron una diferencia del 27% en la disminución de disfuncionalidad familiar, de igual forma disminuyó en un 10.27% la negativa del

adulto mayor a contar con alguna persona. Mostrando finalmente que la efectividad e impacto del programa alcanzó un 10.184% de alza a nivel general. Fortaleciendo al personal como la red de apoyo más cercana del geronte y las expresiones de afecto como herramienta en el mejoramiento de la calidad de vida de los residentes.

El estudio antes mencionado se relaciona con la presente investigación, por cuanto hace referencia a la afectividad entre los adultos mayores con la familia aplicando un programa, siendo influyente en cómo se desenvuelven y expresan sus emociones los adultos mayores institucionalizados, mejorando los afectos con su grupo familiar. Y se relaciona con el estudio actual con la variable afectividad en el Adulto Mayor.

Arroyo, M. y Soto L. (2013), realizaron una investigación titulada “La dimensión emocional de hombres y mujeres mayores que envejecen con enfermedad y dependencia, desde su propia perspectiva”. Se trata de una investigación cualitativa realizada a adultos y adultas mayores que residen en la ciudad y municipio de Durango, México. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista en profundidad y la observación participante, así como una ficha de identificación personal con datos sociodemográficos. Los resultados permiten identificar dos tipos de emociones: las de insatisfacción y las de gratificación.

Desafortunadamente, las emociones insatisfactorias parecen dominar en la experiencia de vida de los participantes, pues es lo que predomina en el imaginario social y en los discursos que giran alrededor de esta etapa del ciclo vital. La interacción entre lo individual y lo social de la vejez y el envejecimiento crean un escenario emocional que determina las acciones en los adultos mayores. El trabajo social, a la par que otras disciplinas debe reflexionar desde una postura socio-política, su participación en el cambio de las percepciones e imágenes negativas de las personas mayores y promover una nueva cultura del envejecer.

Esta investigación tiene relación con la actual, en vista de que se identifican los tipos de emociones como las de insatisfacción y las de gratificación, siendo similar con el estudio actual ya que se estudia las emociones positivas y negativas en el adulto mayor.

De igual manera, Giulianiel M. (2012), Realizo una investigación Titulada “Las emociones y su regulación en adultos mayores: un recorrido teórico integrativo.” Donde hace un recorrido sobre las principales teorías de las emociones y la regulación emocional, haciendo especial hincapié en las propuestas específicas para adultos mayores. El marco organizador es la teoría del curso vital, ya que permite integrar los aportes tomando como eje los distintos tipos de influencias que intervienen en el desarrollo humano. Se revisan las teorías psicobiológicas, sociológicas e integradoras de la emoción, así como los constructos de mecanismos de defensa, apego y afrontamiento emocional, seleccionados por su estrecha relación con la regulación de las emociones.

Posteriormente, se aborda el constructo de inteligencia emocional y dos propuestas para el estudio de la regulación de las emociones en adultos mayores. Se realiza un comentario integrador, focalizando en los puntos comunes entre los conceptos presentados, resaltando el vínculo entre las emociones y las relaciones interpersonales. Las miradas integrales son de particular importancia en la vejez, ya que es una etapa vital que se caracteriza por un alto nivel de heterogeneidad y, por lo tanto, representa un desafío para la comprensión de investigadores y profesionales de la salud mental.

Este estudio tiene relación con la actual investigación, en vista de que su objetivo principal fue de examinación de la regulación de la emociones en los adultos mayores investigados a través de teorías psicobiológicas indagando sobre su comportamiento emocional, y por lo tanto en la actual se busca analizar las emociones tanto positivas como negativas en el adulto mayor.

Así mismo, Labarca C. y Ávila X. (2012). Realizaron una investigación titulada, “Sentido del humor en el adulto mayor. Tuvo por objetivo, determinar el significado que tiene el sentido del humor en el adulto mayor”. Para ello se realizó una investigación de corte cualitativo, en la que se utilizó la Entrevista en Profundidad para la recolección de la información. Los informantes fueron 4 adultos mayores (2 hombres y 2 mujeres) con edades comprendidas entre 60 y 73 años de edad. Para el análisis se utilizó la Teoría Fundamentada, concluyéndose que durante la adultez mayor cuando el sentido del humor se convierte en una parte de la personalidad, permitiendo expresar la libertad que da la madurez, es un factor protector de la salud, da sentido de pertenencia y cambia positivamente el ambiente, trayendo en consecuencia una mejor experiencia vital lo cual significa una mejor calidad de vida.

Esta investigación se relaciona con la actual, en vista de que estudiaron a los adultos mayores determinando el sentido de humor de ellos los cuales le dan sentido de pertenencia en sus actividades y en su vida y por ende en la actual investigación se estudia las emociones que tienen relación con el humor como la alegría y tristeza las cuales le dan sentido de seguridad para la ejecución de sus actividades.

Calderón (2011) Realizo la presente investigación: Situación Socio afectiva de los Adultos y Adultas Mayores del Instituto nacional de Servicios Sociales José Ignacio del Pumar Ciudad Barinas. Tiene como objetivo Analizar la Situación Socio- afectiva de los Adultos y Adultas Mayores del Instituto Nacional de Servicios Sociales "José Ignacio del Pumar". El enfoque abordado fue el cualitativo con diseño biográfico, donde se tomó en cuenta la población de 108 adultos y adultas mayores, haciéndose la selección a través de criterios establecidos por el investigador a tres informantes claves que sirvieron como base para la recolección de datos.

Se utilizó como técnica la entrevista en profundidad y la observación no participativa, la cual fue sometida al proceso de validación a través de juicio de expertos conformada por 13 items. Para el análisis respectivo se elaboró el proceso de categorización que consiste

en reflejar en cuadros de contenidos las categorías, subcategorías, descripción y finalmente la interpretación de los datos, de este modo la investigación arrojó como resultados, que la situación socio afectiva de los adultos y adultas mayores influyen de manera favorable en una mejor calidad de vida a través de las políticas y programas sociales implementados en el instituto, muy a pesar de los problemas y necesidades que presenta el adulto mayor, en donde se pudo observar que estas políticas y programas se enfocan básicamente en satisfacer no solo las necesidades de salud de las personas mayores, o sus necesidades básicas como alimentación, educación, sino la puesta en práctica de actividades recreativas, socio participativas que son esenciales para el Adulto y Adulta Mayor.

Lo cual guarda relación con el presente estudio en cuanto a la variable en desarrollo afectividad del adulto mayor donde es relevante el desenvolvimiento del mismo en su proceso de socialización y se ve implicado su afectividad mejorando la calidad de vida de los adultos mayores.

Ramirez, O. y Henrriquez E. (2010), elaboraron una investigación llamada: Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, ex post facto, correlacional, realizado con el objetivo de determinar la conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria en sus factores: Realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su relación con el estilo de vida saludable en sus factores: hábitos sociales y hábitos personales de salud del adulto mayor, que asiste a la Guardería “Mi Refugio” en el Municipio San Diego de Alcalá en Valencia, Edo Carabobo. La población objeto del estudio, estuvo conformada por los 120 adultos mayores inscritos en la precitada guardería, y para la muestra fue tomada el 50% representada por 60 sujetos, a los cuales se les aplicó un instrumento tipo encuesta estructurado en dos partes: La primera parte contiene datos sociodemográficos y la segunda contiene 36 ítems referidos a las variables del estudio, diseñado con escala de Lickert con cinco (5) opciones de respuestas Siempre-Casi Siempre-Algunas Veces-Casi Nunca-Nunca.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación al instrumento del Índice Alfa de Crombach alcanzando un nivel de 0.77. El análisis de los datos se hizo mediante el porcentaje, media, desviación standard, coeficiente de varianza y el coeficiente de correlación de Pearson. Los niveles de significación estadística utilizados fueron $p < 0.01$ y $p > 0.05$. Los resultados confirmaron que hubo relación estadísticamente significativa entre las variables Conducta del adulto mayor hacia las actividades de la vida diaria y su Estilo de vida saludable. Igualmente hubo relación estadísticamente significativa entre los factores de ambas variables.

Lo ante expuesto, se relaciona con la presente investigación ya que hace referencia directamente con los indicadores actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las cuales son determinantes en los hábitos cotidianos del adulto mayor.

Bases Teóricas.

En atención a la problemática expuesta se busca fundamentar la presente investigación a través de las bases teóricas mediante la revisión bibliográfica, en este sentido se citan diversas teorías relacionadas con las variables afectividad en el adulto mayor y sus factores emociones positivas y negativas y las prácticas de autocuidado en sus factores actividades básicas de la vida diaria e instrumentales.

Adulto Mayor.

El tema del adulto mayor se ha presentado como la temática emergente de mayor relevancia de las últimas dos décadas, sobre todo si se considera que esta población ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta a numerosos factores, que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida.

El adulto mayor ha sido definido cronológica y funcionalmente, es así que los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento describen, cronológicamente, tres grupos de adultos mayores: “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”. El primer grupo está entre 60 y 74 años, siendo por lo general

activos, vitales y vigorosos; el segundo de 75 a 84 años; ambos grupos constituyen la tercera edad; mientras que el tercer grupo, de 85 años en adelante, comprende la cuarta edad; es muy probable que se sientan débiles, presenten enfermedades discapacitantes que le dificulten la realización de las actividades de la vida diaria.

Tomando como base la edad funcional, es decir, qué tan bien se desempeña una persona en su entorno físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica, un adulto mayor de edad avanzada, de 90 años, con buena salud puede ser funcionalmente más joven que un viejo joven de 65 años que no tiene buena salud y presenta una serie de limitaciones para participar en su propio autocuidado, en la vida familiar y social. Siendo importante en todas estas edades la afectividad.

Afectividad del Adulto Mayor

La afectividad confiere una sensación subjetiva de cada momento y contribuye a orientar la conducta hacia determinados objetivos influyendo en toda su personalidad. Es importante que las personas que rodean al adulto mayor conozcan los cambios en la comunicación y usen estrategias facilitadoras, las cuales facilitaran las actividades que permitan mantener una comunicación efectiva con el adulto mayor. Por lo tanto, la afectividad es un aspecto de la adaptación del individuo con funciones propias que orienta y matiza las acciones del sujeto; abarca todos los estados anímicos y todas las reacciones que se enraízan en el instinto y en el inconsciente, es considerada como el conjunto de fenómenos afectivos (inclinación hacia una persona o cosa; unión, vínculo), es decir, susceptibilidad a estímulos afectivos o disposición para recibir experiencias y reacciones afectivas; reacción emotiva generalizada que produce efectos definidos en el cuerpo y la psique.

En este sentido para Larrú J. y otros (2008), describen que “la afectividad de base, abarca los sentimientos vitales, el estado de ánimo y las emociones, la afectividad organizada y diferenciada, que abarca manifestaciones más complejas, tales como las

pasiones y los sentimientos sociales”. Lo anteriormente citado describe que la afectividad es el manera como los adultos mayores son afectados interiormente por las circunstancias que se producen a su alrededor. El conocimiento afectivo proviene de la caridad; se enmarca en la experiencia de la dulzura de las cosas que requieren disposiciones adecuadas y producen una inflamación afectiva. Siendo para el adulto mayor todo lo afectivo un cambio interior que se opera de forma brusca o paulatina y que va a significar un estado singular de encontrarse, de darse cuenta de sí mismo. Por eso se funden en él, de algún modo, la afectividad y la conciencia; esta última, como capacidad para darse cuenta de lo que sucede, reflexionando sobre un desencadenamiento y su contenido.

Los afectos, las emociones, los sentimientos, son términos a menudo usados como equivalentes y sin embargo son agudamente diferentes: los dos últimos son términos de uso más reciente y los afectos de más antigua memoria pero, como veremos, no eliminables del núcleo de aquellos. Las dos expresiones afectivas más importantes son las emociones, los sentimientos. Se trata de palabras diversas para reflejar la riqueza de un hecho de la vida de los hombres: el primer momento de la interacción afectiva entre el mundo y la subjetividad. Ante la riqueza de este hecho, se explica que sean diversos los matices que una u otra expresión señalan, por lo que, en las diferentes ramas del saber, se tiende a privilegiar un determinado enfoque o aspecto. Estos términos señalan el hecho de que el adulto mayor es afectado por la realidad. Con ello se quiere indicar cómo la persona, en su dimensión corporal, es capaz de padecer un influjo singular del mundo exterior, es decir, es capaz de ser atraído por algo exterior.

La afectividad, es un conjunto de emociones, estados de ánimo, sentimientos que impregnan los actos humanos a los que dan vida y color, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarnos, de disfrutar, de sufrir, sentir, amar, odiar e interaccionando íntimamente con la expresividad corporal, ya que el ser humano no asiste a los acontecimientos de su vida de forma neutral.

Las Emociones.

Las emociones le permiten a todo individuo establecer su posición respecto al entorno que lo rodea, siendo impulsada hacia otras personas, objetos, acciones o ideas. Las emociones funcionan también como una especie de depósito de influencias innatas y aprendidas. Es así como González M.P. y Barrull E. (2005), definen las emociones como: “Son parte de la vida de la persona y proporcionan la energía para resolver un problema o realizar una actividad nueva. En definitiva, actúan como resortes que impulsan a actuar para conseguir los deseos y satisfacer las necesidades” (p. 75).

El ser humano es emocional por su naturaleza, las emociones forman parte de su vida y colorean todos los procesos psicológicos donde él se desenvuelve a diario, donde la percepción mental de algún hecho provoca esa emoción. Es así, como González M. y Barrull E. (2005), la definen de la siguiente manera “Son experiencias muy complejas y para expresarlas utilizamos una gran variedad de términos, además de gestos y actitudes”. De hecho, se puede utilizar todas las palabras del diccionario para expresar emociones distintas y, por tanto, es imposible hacer una descripción y clasificación de todas las emociones que se pueden experimentar. Sin embargo, el vocabulario usual para describir las emociones es mucho más reducido y ello permite que las personas de un mismo entorno cultural puedan compartirlas.

En el siguiente cuadro se muestra algunas emociones, tanto en sus aspectos positivos como negativos.

Cuadro N° 1
Expresiones emocionales positivas y negativas, me siento y siento.

Emociones Positivas		Emociones Negativas	
Me Siento....	Siento....	Me siento....	Siento...
Alegre	Alegría	Temeroso	Temor
Satisfecho	Satisfacción	Enfadado (Ira)	Enfado (Ira)
Agradecido	Agradecimiento	Avergonzado	Vergüenza
Sereno	Serenidad	Triste	Tristeza
		Rechazado (Repugnancia)	Rechazo (Repugnancia)

Fuente: Adaptado de González M. y Barrull E. (2005).

La complejidad con la que se pueden expresar las emociones, permite definir que la emoción es un proceso multifactorial o multidimensional. Teniendo la impresión de que faltan palabras para describir con precisión las emociones. Pero debajo de esta complejidad hay un factor común a todas las emociones: cada emoción expresa una cantidad o magnitud en una escala positivo y negativo, experimentándose en grados variables y de intensidad diversa. Se pueden experimentar cambios de intensidad emocional bruscos o graduales, bien hacia lo positivo o bien hacia lo negativo. Es decir, toda emoción representa una magnitud o medida a lo largo de un continuo, que puede tomar valores positivos o negativos.

En el lenguaje cotidiano, expresamos las emociones en una escala positivo - negativo y en magnitudes variables, como "me siento bien", "me siento muy bien", "me

siento extraordinariamente bien" (intensidades o grados del polo positivo), o "me siento mal", "me siento muy mal", "me siento extraordinariamente mal" (intensidades o grados del polo negativo). Según la situación que provoca la emoción, escogemos unas palabras u otras como 'felicidad', 'agradecimiento', 'tristeza', 'ira', etc., que, además, señala su signo (positivo o negativo). Y según sea la intensidad de la emoción escogemos palabras como 'nada', 'poco', 'bastante', 'muy', etc. y así, componemos la descripción de una emoción. Decimos, por ejemplo, "me siento muy agradecido" (positiva) o "me siento un poco triste" (negativa).

En consecuencia, se pueden reconocer en toda emoción dos componentes bien diferenciados. Por un lado, un componente **cualitativo** que se expresa mediante la palabra que utilizamos para describir la emoción (felicidad, agradecimiento, ira, tristeza, etc.) y que determina su signo positivo o negativo. Por otro lado, toda emoción posee un componente **cuantitativo** que se expresa mediante palabras de magnitud (poco, bastante, mucho, gran, algo, etc.), tanto para las emociones positivas como negativas. El cuadro siguiente trata de reflejar estos dos componentes de toda emoción.

Cuadro N° 2.

Componentes cualitativo y cuantitativo de la emoción.

Emoción	Componente Cualitativo	Componente Cuantitativo
<p>Ejemplo: Me siento</p> <p>Emoción Positiva</p>	<p>Muy</p> <p>↑</p> <p>✚ - extraordinariamente</p> <p>- muy</p> <p>- bastante</p> <p>- poco</p> <p>0</p>	<p>Agradecido</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Alegre Satisfacción Agradecimiento Serenidad</p> </div>
<p>Emociones Negativas</p> <p>Ejemplo: Me siento</p>	<p>- poco</p> <p>- bastante</p> <p>- muy</p> <p>▼ - extraordinariamente</p> <p>bastante</p>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Temor Ira Vergüenza Tristeza Repugnancia</p> </div> <p>Triste</p>

Fuente: Adaptado de González M. y Barrull E. (2005).

La emoción se ha convertido en un tema de interés para distintas disciplinas. Resulta difícil definir en un sentido estricto lo que significa la palabra emoción. Investigadores como Palmero, y otros. (2002) exponen que las emociones aún no proporcionan una base firme donde apoyar muchos de los resultados parciales que continuamente provee la investigación, y afirman que, por sorprendente que parezca, actualmente se carece

de una definición y hasta de un concepto de emoción que sea aceptado por todos. A pesar de estas limitaciones y dificultades conceptuales, estos autores destacan lo siguiente:

1.- La emoción es un proceso complejo, multidimensional, en el que están integradas respuestas de tipo neuro-fisiológico, motor y cognitivo. 2.- En los adultos mayores emoción y cognición están integrados. Ser solamente racionales niega el acceso a una fuente compleja de conocimiento emocional, que informa adaptativamente a la acción y contribuye a la resolución de problemas y a la toma de decisiones. Las emociones son indispensables para la toma de decisiones porque orientan en la dirección adecuada. 3.- El bagaje emocional, tiene un extraordinario valor de supervivencia y esta importancia se ve confirmada por el hecho de que las emociones han terminado integrándose en el sistema nervioso en forma de tendencias innatas y automáticas. 4.- Todos tiene dos mentes, una que piensa y otra que siente, y estas dos formas de conocimiento interactúan para construir la vida mental. La mente racional es la modalidad de comprensión de la que la persona es más consciente, permite ponderar y reflexionar. El otro tipo de conocimiento, más impulsivo y más poderoso –aunque a veces ilógico- es la mente emocional. 5.- Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. El cerebro emocional se halla tan implicado en el razonamiento como lo está el cerebro pensante. La emoción guía las decisiones instante tras instante, trabajando mano a mano con la mente racional y capacitando, o incapacitando, al pensamiento mismo. 6.- Existe una razón para que las personas sean emocionales. Las emociones son parte de su inteligencia. Es necesario resolver la división entre emocional y racional, dando un nuevo paso evolutivo cultural. (p.32).

Debido a esta dicotomía, la cultura está profundamente impregnada en el adulto mayor por la creencia fundamental que la razón y la emoción son nociones separadas entre sí. Existen Investigaciones que perfilan una nueva mirada al mundo emocional y proporcionan evidencias con respecto al importante papel que han jugado las emociones en las capacidades mentales más elevadas como la inteligencia, el sentido de la moralidad y de sí mismo, entre ellas González M. y Barrull E. (2005). Sostienen que: “Las emociones, y no la estimulación cognitiva, constituyen los cimientos de la arquitectura mental primaria” (p.15). Este autor plantea la importancia de las emociones en el adulto mayor cuando argumenta que el papel más decisivo de las emociones consiste en crear, organizar y coordinar muchas de las más importantes funciones cerebrales.

De igual manera, Bisquerra (2000), elabora un concepto de emoción donde indica que: Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar. En estas evaluaciones subjetivas intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. En este sentido una emoción depende de lo que es importante para el adulto mayor, si la emoción es muy intensa puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales.

Salovey y Mayer (1990), afirman que “emoción e inteligencia actúan en armonía con las otras inteligencias y no son, en absoluto, incongruentes”, destacan que a menudo las emociones son presentadas como interrupciones que desorganizan la actividad mental, argumentan que esta visión es equivocada por cuanto las situaciones emocionales intensas en ocasiones estimulan la inteligencia, ayudando a los adultos mayores a priorizar los procesos del pensamiento. Por tanto, más que interrumpir el pensamiento lógico, las emociones ayudan a un mejor pensamiento.

Emociones Positivas.

El estudio de las emociones positivas es controvertido y complejo; al mismo tiempo, integra los dominios biológicos, cognitivos y sociales del desarrollo humano.

Por lo tanto Lyubomirsky, (2008) Precisa que las emociones positivas son parte de la naturaleza humana y se han convertido en una clave indiscutible para la consecución de las relaciones sociales. Son creadoras de experiencias positivas, capaces de promover el disfrute y la gratificación. Por otro lado Seligman, (2002), Expresa que las emociones positivas desarrollan la creatividad y aumenta la satisfacción y el compromiso. Lo que en general se traduce en una espiral ascendente de transformaciones en la vida de los adultos mayores.

Para Vecina, (2006). Las emociones positivas son aquellas en las que predomina el placer o bienestar, tienen una duración temporal y movilizan escasos recursos para su afrontamiento; además, permiten cultivar las fortalezas y virtudes personales, aspectos necesarios que conducen a la felicidad. Asimismo, son estados subjetivos que los adultos mayores experimentan en razón de sus circunstancias, por lo que son personales e involucran sentimientos. Son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para ellos.

En este sentido las emociones positivas tienen un objetivo fundamental en la evolución, en cuanto que amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de los adultos mayores, los hacen más perdurables y acrecientan las reservas a las que se puede recurrir cuando se presenta amenazas u oportunidades; asimismo, incrementan los patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social.

Una herramienta afín de las emociones positivas es el abanico de expresiones faciales que las acompañan, aunque es importante resaltar que la gesticulación para la expresión de las emociones negativas es más amplia y clara que para las positivas; en efecto, resulta más fácil para el adulto mayor reconocer emociones y sentimientos relacionados con la tristeza, la melancolía o el miedo, que los de alegría, satisfacción o placer, es decir, que algunas de las emociones positivas más comunes son la alegría, Satisfacción motivacional, gratitud y serenidad.

Bajo esta misma línea, Fernández y Palmero (1999) “Explican que el proceso emocional se desencadena por la percepción de condiciones internas y externas” (p.5). Dando lugar a la evaluación valorativa, para posteriormente producir en los adultos mayores experiencias por medio de la expresión corporal o un lenguaje no verbal, convirtiéndolas así en un fenómeno observable. De igual manera para Lyubomirsky, King y Diener, (2005), Describen “que es posible reconocer si existe una sensación

agradable y se precisa de una emoción positiva, a la que además se le otorga el valor de algo bueno” (p.803).

Emoción: Alegría.

Una de las emociones positivas es la alegría, es así como diversos autores entre ellos Fredrickson (2005), en su modelo de ampliación y construcción de las emociones positivas en el adulto mayor expresa que: hay muchas fuentes que te pueden hacer sentir alegría, se experimenta como radiante y ligera, los colores parecen más vivos, caminas con fuerza, tu cara se ilumina con una sonrisa y un brillo interior. (p.81). Por otro lado Fernández-Abascal y Palmero, (1999), definen la alegría como una sensación de bienestar y de seguridad que sentimos cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión. Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien). (p.67). Esto ocurre cuando el adulto mayor consigue algo que desea mucho o cuando las cosas le salen bien, le transmite una sensación agradable.

De igual manera Ortony y otros (1988), Manifiestan que la alegría es el sentimiento positivo, que surge cuando el adulto mayor experimenta una atenuación en su estado de malestar, consigue alguna meta u objetivo deseado, o cuando tiene una experiencia estética (contemplar una escultura). Generalmente es de duración breve, aunque ocasionalmente puede experimentarse como un estado de placer intenso (EXTASIS). (p.14). Esta emoción que experimenta el adulto mayor incluye una estructura categorial amplia, donde se aglutinan diferentes emociones positivas de sensación de bienestar.

Emoción: Satisfacción Motivacional.

La satisfacción visualizándola con componente cuantitativo de las emociones positivas se cita a Goleman (1996), él hace referencia que **Satisfacción Motivacional** puede verse, “como la fuerza, el impulso, la energía, el deseo, la buena disposición que

activa o mueve al adulto mayor hacia el logro de un objetivo o fin”. La motivación es lo que hace que el adulto mayor actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía. Esta conducta humana es realizada por un cuerpo y dicho cuerpo se encuentra regulado por necesidades o impulsos fisiológicos más o menos urgentes. La necesidad de satisfacer estas necesidades motiva al adulto mayor a alcanzar dos metas: obtención de placer y evitación del dolor o malestar.

Es así como Goleman (1996), Clasifica la motivación, la cual consiste en buscar una razón por la que hacer las cosas. Esta razón puede ser interna o externa, o lo que es lo mismo, tratarse de una motivación intrínseca, en el primer caso, o de una motivación extrínseca en el segundo. La motivación **intrínseca** se refiere a la motivación proporcionada por la actividad en sí misma. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se realiza una tarea porque gusta y se disfruta con ella; se trata entonces de una ocupación que representa, ya de por sí, una recompensa. Así, los adultos mayores intrínsecamente motivados realizan actividades no tanto por las recompensas externas sino por el placer derivado de ejecutarlas. Este placer para el adulto mayor se traduce en un aumento de la autoestima, en una mejora del autoconcepto, en el afán de superación y en la búsqueda de la perfección.

La motivación **extrínseca** se refiere a la motivación que se deriva de las consecuencias de la actividad, es decir, lo que atrae no es la acción que se realiza en sí, sino lo que se recibe a cambio de la actividad realizada (por ejemplo, una situación social, dinero, comida o cualquier otra forma de recompensa). En este caso, la tarea es un medio para alcanzar un fin, se realiza para conseguir otras cosas, como causar buena impresión, obtener un trabajo o ganar más dinero. Se puede afirmar que la mayoría de las actividades, tanto de la vida de los niños como de los adultos y adultos mayores se encuentran motivadas extrínsecamente. De tal manera que los adultos mayores con alta

motivación suelen ser más competitivas, polemistas, arriesgadas, exhibicionistas, pues no toleran el anonimato ni pasar desapercibidas.

Emoción: Gratitud o Agradecimiento

Así mismo, Fredrickson (2005), describe que la **Gratitud** llega cuando agradecemos algo que ha venido a nuestro encuentro como un regalo. Abre tu corazón y genera el impulso de corresponder, hacer algo bueno a cambio, ya sea por la persona que te ayudó o por alguien más. La gratitud tiene una cara opuesta, la sensación de estar en deuda. Si sientes que tienes que pagarle a alguien, no te sientes agradecido, sino en deuda, y esto genera una sensación desagradable. En este sentido la gratitud para el adulto mayor es una sensación verdaderamente encantadora, una mezcla de alegría y agradecimiento; que no sigue ninguna regla, es sincera e improvisada.

Para Lazarus, (1991). La gratitud se considera una emoción moderada que surge a partir de la ayuda material, de información o emocional, además de la forma de apreciación donde el adulto mayor se siente agradecido por cosas adicionales y en la que hay un sentimiento de una relación intensa y positiva con otras personas. Por el contrario Peterson y Seligman, (2004) describen que la gratitud, o la capacidad de ser agradecidos, nos permite reconocer los aspectos pasados y presentes positivos, buenos, aquello que nos ha beneficiado de algún modo y que, por lo tanto, ha otorgado un significado agradable a nuestra existencia. Esto concluye que en las emociones positivas, la gratitud es una fortaleza humana que permite manifestar la virtud de la Trascendencia, entendida como aquello por lo cual los adultos mayores se conectan con el universo y otorgan significado a su vida.

Emoción: Serenidad o Tranquilidad

Pérez P. y col. (2014), definen la **Serenidad** “Donde se fundamentan principalmente en las características de aquel o aquello que está o que es sereno”. Este término (sereno), por su parte, puede emplearse como adjetivo para calificar a quien se

encuentra tranquilo, relajado o reposado. Suele asociarse a la capacidad de una persona para actuar de manera racional y templada en todo momento. El adulto mayor que es sereno, no se deja llevar por los impulsos ni por las emociones.

Por otro lado, **Fredrickson**, (2005), describe que la serenidad, es la emoción luminiscente y suele venir después de otras formas de positividad, como la alegría y el orgullo. Es cuando sueltas ese largo suspiro porque estás en una situación de lo más agradable y adecuada; por ejemplo, pasearte en la playa o meterte en la cama. De este modo es por ello, que, la serenidad es el valor de mantener la calma en medio de la dificultad. Los adultos mayores serenos, son los capaces de estar en medio de un momento difícil y mantener la cordura para estabilizar su interior, para ayudarse a sentir paz.

Emociones Negativas.

Las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales. Además dañan las relaciones con los demás, causan conflictos. Sin embargo las emociones negativas ocurren en la vida del adulto mayor, debido a los acontecimientos y a la manera en que el afronta los problemas de su vida cotidiana, pero el adulto mayor debe tener la suficiente inteligencia emocional para saber controlarlas, y que no perturben su buen estado ánimo para vivir felizmente

En consecuencia, las emociones negativas son aquellas que implican sentimientos desagradables, valorando la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Resultan perjudiciales para la salud y son insanas para los adultos mayores, ya impide sentirse emocionalmente equilibrados, y todo ello aísla a las personas de lo que lo rodea, cuando estas emociones negativas son intensas y habituales, afectan negativamente la calidad de vida de las personas.

No obstante, Chóliz, (2005). Manifiesta en su teoría que las emociones negativas únicamente no pueden establecerse como una clasificación exhaustiva y excluyente de todas las reacciones afectivas, puesto que emociones negativas como el miedo, ira, vergüenza, tristeza y repugnancias pueden ser desagradables e intensas y no se trata del mismo tipo de emoción. Por tanto, para el adulto mayor la experiencia emocional, lo que se piensa y se siente durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones fundamentales: desagrado e intensidad. En otras palabras, las emociones negativas suelen provocar sensaciones displacenteras y pueden ser más o menos intensas. Es exclusiva y característica de las emociones negativas, toda reacción afectiva que se comprometen en dicha dimensión en alguna medida, siendo definitiva de la emoción respecto a cualquier proceso psicológico que se someta la persona.

Emoción: Miedo o Temor

Es una emoción primaria negativa que se activa por la percepción de un peligro presente e inminente, por lo cual se encuentra muy ligada al estímulo que la genera. Es una señal emocional de advertencia que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo también implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. La intensidad de la respuesta emocional de miedo en el adulto mayor depende de la incertidumbre sobre los resultados. El miedo es una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar. Su característica principal es la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, habitualmente acompañada por la sensación de pérdida de control. Otro de sus efectos subjetivos más típicos es la sensación de cierta tendencia a la acción evitativa. Se asocia al miedo los siguientes términos: alarma, terror, nerviosismo, pánico, tensión, pavor, desasosiego, susto, temor, preocupación, horror, ansiedad.

En la teoría de Chóliz, (2005), expone que “el miedo se presenta en situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados que producen respuestas

condicionadas de miedo”. En este sentido los estímulos condicionados que tiene el adulto mayor pueden ser variados y carecer objetivamente de peligro. Este mismo autor, desarrolla característica del miedo desglosada de la siguiente manera. En su actividad física el miedo se manifiesta en el Sistema Nervioso Autónomo (División simpática adrenal) donde hay activación rápida al identificar cualquier amenaza de un modo automático e involuntario hay elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia), de la presión arterial, dilatación de los bronquios, aumento de la tensión muscular, incremento de la conductancia y de las fluctuaciones de la misma. Mientras que el Sistema Neuroendocrino (hipotálamo-hipófiso-suprarrenal) Su activación más lenta, de efectos más duraderos que SNA y que requiere una exposición más prolongada a amenaza.

En cuanto a los proceso cognitivos hay una valoración primaria de amenaza y valoración secundaria de ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas. Hay pensamientos negativos automáticos y creencias irracionales antes y durante la situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla. Preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos.

En el nivel funcional se facilita las respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa mediante procedimientos de reforzamiento negativo. Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el adulto mayor reaccione rápidamente ante el mismo. Moviliza gran cantidad de energía para ejecutar las respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento. En las experiencias subjetivas se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar, preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud y sensación de pérdida de control.

Por último la expresión conductual hay confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira); distanciamiento

(evitaciones, escapes); autocontrol; búsqueda de apoyo social. El objetivo de las conductas es mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta entre otras que afectan directamente la salud física del individuo. Estableciendo que el miedo en el adulto mayor es una emoción producida por un peligro presente e inminente, por lo que se encuentra muy ligado al estímulo que lo genera. Dando una señal emocional de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico que implica una inseguridad respecto a la capacidad para soportar o manejar la situación amenazante y la intensidad de la respuesta emocional depende de la incertidumbre sobre los resultados.

Siguiendo a Sandín y Chorot (1995), describen que el miedo puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Sin embargo, el miedo excesivo actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del adulto mayor y se torna en manifestaciones clínicas en las siguientes situaciones: Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta. Cuando el miedo persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.

Emoción: Ira o Enfado

En este sentido, Chóliz, (2005), precisa que la ira es la estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva. Posee condiciones que generan frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas, o atentados contra valores morales, inmovilidad, restricción física o psicológica. Además desarrolla

características de la ira que se manifiesta a través de una actividad fisiológica neural y muscular, elevación en los índices de frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica.

Mediante los procesos cognitivos hay focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración, obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos. A nivel funcional moviliza la energía para las reacciones de autodefensa o de ataque, eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.

En cuanto a las experiencias subjetivas Chóliz, (2005), describe la ira se manifiesta mediante la impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia. Y finalmente desde la expresión conductual hay tres estilos distintos de expresión de la ira: 1) Supresión de la ira (anger-in). Afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista activación alta. 2) Expresión de la ira (anger-out). Afrontamiento de la situación manifestando conductas airadas verbal o físicamente, hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de producir daño. 3) Control de la ira (anger-control). Afrontamiento de la situación canalizando la energía emocional proyectándola hacia fines constructivos, tales maximizar la posible resolución positiva del conflicto.

De esta forma se concluye que la ira es una emoción primaria negativa que se desencadenan en el adulto mayor situaciones que son valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen un control externo o coacción sobre su comportamiento, personas que los afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales consideramos que se producen

tratamientos injustos y el bloqueo de metas. Es la emoción potencialmente más peligrosa ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras que se perciben. Desde una perspectiva evolutiva, la ira moviliza la energía hacia la autodefensa.

Por otro lado, Lazarus, (1991), refiere que la ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional, es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a:

- 1.- Las condiciones que evocan la emoción.
- 2.- Las consecuencias adaptativas de la emoción.
- 3.- La experiencia subjetiva de la emoción.

Tomando en cuenta, la ira en el adulto mayor puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira.

Las definiciones basadas en el estímulo indican que la evaluación del adulto mayor del estímulo que causa la emoción determina la valencia de la emoción. Con estas definiciones, la relación beneficiosa o dañina adulto mayor-ambiente se considera la manera más importante y más frecuente de distinguir las emociones positivas de las negativas. Así, según la definición basada en el estímulo, la ira es una emoción negativa. Las definiciones basadas en la respuesta indican que la evaluación subjetiva del individuo de los sentimientos determina la valencia.

Emoción: Vergüenza.

Emoción negativa desencadenada por una creencia en relación con el propio carácter. Simultáneamente con la culpa, se identifica el surgimiento de la vergüenza en los adultos mayores con dependencia física. Ellos sienten vergüenza por no ser autosuficientes, por tener que pedir ayuda para satisfacer la mayoría de sus necesidades.

Por lo tanto, Benjamín (2015), describe que la vergüenza forma parte del universo de las emociones sociales, junto a culpa y a orgullo. Y alrededor de la emoción vergüenza, orbitan emociones que guardan una conexión por afinidad a ésta: recato, pudor, rubor, ridículo, sonrojo, bochorno, timidez y vergüenza ajena. Todas estas emociones son un tanto difíciles de definir, pero puede intuirse que existe un conjunto de emociones que se desarrollan por presión social y por ello, las denominamos sociales. (p.78). Esto es debido a que muchas de las emociones que componen las emociones sociales pertenecen por derecho propio al universo de emociones. Un ejemplo de ello es la vergüenza, que se sitúa en una posición muy cercana al miedo porque, en el fondo, se trata de un tipo de ansiedad social. Por este motivo las emociones sociales ocupan un lugar central en el Universo de Emociones.

Precisamente, la vergüenza es la emoción social por excelencia. Es una emoción que se aprende; no se nace con ella. La vergüenza es una reacción negativa que se dirige a sí mismo. En inglés se distinguen dos tipos de vergüenza: la que sentimos cuando hemos hecho algo moralmente mal (*shame*) y la que sentimos cuando hemos hecho el ridículo (*embarrassment*). También existe un tercer tipo de vergüenza y proviene de la literatura española del siglo XVIII: es la “vergüenza ajena”, aquella que se siente cuando es otra persona la que hace algo impropio de la ocasión. Estos son ejemplos de cómo una emoción, la vergüenza, puede tener diferentes matices dependiendo de la sociedad y la cultura del adultos mayores que la experimenta.

Extendido entre la psicología social, la vergüenza en el adulto mayor es una emoción pública, una emoción que surge de la desaprobación de los demás y requiere

la presencia de los otros, la vergüenza se experimenta cuando el adulto mayor no alcanza ciertos estándares o metas. A menudo es provocada por factores externos, y se asocia al fracaso en el logro de las metas. De igual manera, Lazarus (2000), describe que muchas veces puede haber confusión entre la culpa y la vergüenza. Habló sobre el origen tanto de la culpa como de la vergüenza como una sola entidad mental: el superego, que se desarrolla en el proceso de crecimiento. Pero, en tanto los valores morales como los ideales personales están implicados, puede que estén funcionando dos voces separadas, con diferentes contenidos, experiencias y conductas. La vergüenza se trata de esconder. La trama argumental de esta emoción es no estar a la altura del ideal personal o del ego. (p.128).

Vivir en desacuerdo con el ideal personal es una manera de evitar la vergüenza; parece que el objetivo subyacente que funciona en la vergüenza es evitar la crítica, el rechazo o el abandono social. Es interesante cómo los adultos mayores que luchan contra la vergüenza prefieren “escondarse del mundo”, ya sea mostrando una buena fachada, o bien evitando los contactos sociales. En los adultos mayores, más que en los cuidadores es común el sentimiento de vergüenza, dado que el ideal de todo ser humano es conservar la autonomía, sobre todo en el auto-cuidado del cuerpo.

Emoción: Tristeza.

Es considerada como una emoción que se produce en respuesta a sucesos que no son placenteros, denotando pesadumbre o melancolía, y una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo apremiante, cuya satisfacción se sabe que resulta imposible. Hay unos aspectos que se observan en el adulto mayor que son desencadenantes de la tristeza, la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. También se asocian a la tristeza los siguientes términos: pesimismo, pesar, decepción, remordimiento, rechazo, bochorno, sufrimiento, añoranza, aislamiento, melancolía, abandono, desánimo, infelicidad, desaliento, condolencia.

En la teoría de Chóliz, (2005), se hace referencia que en la tristeza hay separación física o psicológica, pérdida o fracaso; decepción, especialmente si se han desvanecido las esperanzas puestas en algo; situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control; ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas. Describe la tristeza mediante las siguientes características. En la actividad fisiológica el Sistema Nervioso Central existe disfunción central de la neurotransmisión (descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas). En cuanto el Sistema Neuroendocrino (hipotálamo-hipófisis-suprarrenal) hay actividad fisiológica elevada y sostenida con ligero aumento en frecuencia cardíaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (perfil bioquímico similar al propio de situaciones de estrés: activación eje hipotalámico-hipofisiario córticosuprarrenal; perturbación de los ritmos circadianos de cortisol. (p.132).

En los procesos cognitivos se evidencia pérdida o daño que no puede ser reparado. Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación y errores en el procesamiento de la información. En cuanto a su función hay cohesión con otras personas, especialmente con aquéllos que se encuentran en la misma situación. Disminución en el ritmo de actividad. Valoración de otros aspectos de la vida que antes no se les prestaba atención. Comunicación a los demás que no se encuentra bien y ello puede generar ayuda de otras personas, así como calma de reacciones de agresión por parte de los demás, empatía, o comportamientos altruistas.

En las experiencias subjetivas se observa desánimo, melancolía, desaliento; pérdida de energía. Y en la expresión conductual existe reducción generalizada en la frecuencia de las conductas y pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta. Pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación -indefensión aprendida). Incapacidad debidas a factores ambientales (rupturas de pareja) o intrapersonales (déficit habilidades sociales). Evidencia respecto

antecedentes de sucesión de eventos vitales estresantes o una historia previa de adversidades y estrés psicosocial.

Desde el punto de vista Beck y Rush, (1983), comparan la relación entre las emociones negativas y la respuesta de estrés, la experiencia de estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el estrés se torna crónico. Otro hecho bastante común es que la tristeza suele aparecer asociada al cuadro depresivo. En estos casos los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del adulto mayor respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables.

En este orden de ideas Whybrow, Akiskal y McKinney, (1984), definen la tristeza tradicionalmente como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Existe gran variabilidad cultural e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación.

En su forma clínica, la tristeza produce una alteración del estado de ánimo en el adulto mayor, caracterizado por una sensación de tristeza intensa. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria (relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente -indefensión-), cambios químicos en el cerebro. Los síntomas de la tristeza no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de los adultos mayores dejan de tener interés por las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, alteración del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso,

disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo.

La emoción de tristeza se caracteriza por un decaimiento en el estado de ánimo habitual del adulto mayor, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, y cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa. Se plantea ante situaciones que suponen pérdida o acarrear prejuicio o daño, la consecuencia más evidente es el anquilosamiento (pérdida de movilidad, acongojamiento).

Emoción: Repugnancia o Asco.

Es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguna cosa o por una impresión desagradable causada por algo. Es una emoción compleja que implica en el adulto mayor una respuesta de rechazo, a un acontecimiento psicológico o a valores morales repugnantes. El suceso es valorado como muy desagradable. Los efectos subjetivos del asco se caracterizan por la necesidad de evitar o alejarse del estímulo desencadenante.

Es así como Chóliz, (2005), en su teoría refiere que “el asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes”. La mayoría de las reacciones de asco en el adulto mayor se generan por condicionamiento interoceptivo. Por otra parte, a diferencia de emociones como el miedo y la ira, donde predomina la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo, en el asco o repugnancia se ha contrastado una mayor predominancia de la respuesta parasimpática. Además, se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas.

En la teoría de Charles. (1872), la emoción de **asco**, aversión o repugnancia ha sido reconocida como una emoción básica. Es una expresión universal también innata, un único estado motivacional afectivo y un patrón de respuesta asociado que es

relativamente estable a lo largo de distintas situaciones, culturas e incluso especies. De forma semejante a otras emociones básicas, los psicólogos han reconocido las siguientes características en la emoción de asco. Hay expresión facial concreta. Conducta específica, que consiste en el distanciamiento del objeto o situación que la produce. Una manifestación fisiológica distintiva, que se expresa a través de la náusea. Sensación característica, que se denomina repulsión.

En el sentido más general del término, el asco define una marcada aversión producida por algo que la persona que lo experimenta considera como fuertemente desagradable o repugnante. Por tanto, el asco es la respuesta emocional causada por la repugnancia que se tiene a alguien o por una impresión desagradable causada por algo. Se trata de una emoción compleja, que implica una respuesta de rechazo hacia el adulto mayor en base a sus características desagradables, hacia un acontecimiento psicológico determinado o hacia valores morales que la persona considera como repugnantes y poco éticos.

Las Prácticas de Autocuidado.

La salud pública y las políticas sociales y de salud deben reconocer cuales son los factores que determinan el estilo de vida de las personas, cuales son las fuerzas que condicionan las conductas de salud y cuáles son las variables que influyen en la difusión de los conocimientos, adquisición de actitudes y prácticas de autocuidado en salud, sean estas favorables o desfavorables, esto significa, que el autocuidado es también responsabilidad de la sociedad y el estado, es decir, que no es solamente responsabilidad de los adultos mayores. Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; Núñez, (2016), manifiesta que:

Para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y

conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas (p.85).

Es aquí donde Foucault M. (1997), describe que “en la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron ‘culto de sí’, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu.” (p. 38). Pero hace referencia de que:

El ‘cuidado de sí’, incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma. (p. 38).

Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado, más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el ‘desprecio’ por el cuidado corporal, sustentado en el principio de ‘vencer al mundo al demonio y la carne’.

Kickbusch, I. (1996), menciona que ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente” (p.235). Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico, así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

El autocuidado: Se ha difundido gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos

médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Un ejemplo de estos grupos es el conformado por Alcohólicos Anónimos.

Marriner y Tomey (1994), Citan a Orem, quien define el autocuidado como: “La práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.” (p.43). Se fundamenta en el marco conceptual de su modelo. Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda.

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo. El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

Por otro lado, Uribe, T. (2003), hace notar que “las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social.” (p.6). Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor

calidad de vida: **Información, educación y comunicación social:** La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Por lo tanto, Uribe, T. (2003), describe que:

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, de este modo, es necesario partir del concepto de *persona* como ser integral, y de *salud* como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. (p.4).

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad. Es por ello, que siempre se debe tomar en cuenta que el adulto mayor debe estar centrado en sus actividades de la vida diaria.

Las Actividades de la Vida Diaria.

A lo largo del siglo pasado, especialmente después de 1917 distintos profesionales afines al ámbito de las ciencias de la salud y del trabajo social comenzaron a considerar la importancia que tenía para las personas las diferentes actividades que realizaban cotidianamente y que por algún acontecimiento inesperado, ya desde la gestación o a lo largo del desarrollo, suponían un reto difícilmente salvable sin la ayuda profesional y del entorno social más próximo.

Es así como Phaneuf (1999), define las actividades de la vida diaria como “El proceso espontáneo de resolución de problemas e indicación de lo que hay que hacer en primer lugar para responder a las necesidades de la persona y resolver problemas sencillos, sin

una finalidad concreta de evolución hacia la autonomía o el mayor bienestar.” (p. 118). De igual manera, Reed y Sanderson, (1980), definen las actividades de la vida diaria como “las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento”. (p. 268).

Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado del bienestar también han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal. Los conceptos de independencia y autonomía personal inexorablemente están unidos al de actividades de la vida diaria. De hecho, la independencia y autonomía personal se refiere a la misma *en* las actividades de la vida diaria. Dentro de las diferentes posibilidades de actuación hay un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las responsabilidades personales en función de los distintos roles. A estas actividades se las conoce habitualmente como actividades de la vida diaria (también conocidas como AVD).

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Es necesario la evaluación funcional del adulto mayor para la ejecución de sus actividades básicas donde se analiza la capacidad para realizarla y la necesidad de ayuda para las mismas, las cuales el adulto mayor puede ejecutar en forma independiente, en este sentido Kane y Cols (1997) define las actividades básicas de la vida diaria como “las tareas que realiza el adulto mayor propio de su autocuidado sin ayuda o con ayuda. Entre las cuales se encuentra, la alimentación, vestido, calzado, baño, continencia de esfínteres, uso de inodoro, arreglo personal, levantarse y sentarse de la cama y silla”. (p.59).

Al respecto Fernández, Ballesteros y Gonzales (1992), señalan que “la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y su entorno es una de las dimensiones

imprescindibles cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte”. (p.146).

En relación a las actividades de la vida cotidiana Poletti (1980) señala en el modelo de enfermería de Roper las actividades de la vida cotidiana:

Son las que permiten la satisfacción de las necesidades básicas... y que debido a la connotación de estas palabras necesidad tiene una connotación negativa y actividad tiene una connotación positiva, de igual manera, la teorizante cita las categorías de la vida cotidiana como son: alimentación, eliminación, limpieza personal, vestido, socialización, trabajo, (p.80).

En cuanto a la capacidad del adulto mayor Fernández N y otros (2002), señalan que ellos:

Establecen las dimensiones más frecuentes en los procedimientos de evaluación de las actividades de la vida diaria para: vestirse y calzarse, es parte de su vida cotidiana como colocarse y quitarse la ropa, atarse cordones, abrocharse botones, seleccionar y ordenar la ropa. También desarrollan tareas de cuidado e higiene como el baño y arreglo personal sin precisar ayuda para bañarse parcial o completamente, al igual es autosuficiente para peinarse, cuidarse el cabello, afeitarse, limpiarse los dientes o prótesis, lavarse, secarse la cara, aplicarse cosméticos y cuidarse las uñas. (p.150).

Estas actividades se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Moruno (2003), menciona que habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. No obstante, conviene reconocer el hecho de que las actividades relacionadas con la supervivencia son actividades dependientes de cada cultura, que para el adulto mayor regula el modo para llevarlas a cabo adecuadamente, a través de rituales que en algunas ocasiones hacen difícil su asimilación y comprensión, así como su desempeño eficaz.

Poseen además, como dice Moruno (2006), “una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad.” Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad.” (p. 15). En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria se expresan de la siguiente manera.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

Existen actividades de la vida diaria que exige el adulto mayor realizar tareas para integrarse a la comunidad de una manera activa, en tal sentido Frias (2000), señala que “las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad como por ejemplo tareas del hogar, realizar compras, manejo de dinero y responsabilidad sobre la medicación”. (p.446). al analizar los aspectos explicados selecciono las actividades instrumentales que se definen operacionalmente como la capacidad que tiene el adulto mayor para llevar una vida independiente en la comunidad.

De la misma manera el adulto mayor debe ser capaz de responsabilizarse en el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado, tomando en cuenta que por lo general están asociados a enfermedades crónicas que exigen un tratamiento prolongado y continuo. No obstante la Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento (CIF, 2001), Citado por Fernández N. y otros, (2002,.) hacen la distinción de actividades básicas e instrumentales y proponen otra taxonomía:

Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones. *Tareas y demandas generales:* realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. *Comunicación:* recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación. *Movilidad:* cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte. *Autocuidado:* lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud. *Vida doméstica:* conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras necesidades; tareas del hogar (limpiar y reparar el hogar, cuidar los objetos personales y de los del hogar y ayudar a otras personas. *Interacciones y relaciones interpersonales:* llevar a cabo interacciones interpersonales, particulares y generales de manera adecuada al contexto y entorno social. *Áreas principales de la vida:* educación, trabajo y empleo, y vida económica. *Vida comunitaria, social y cívica:* participación en la vida social fuera del ámbito familiar. (p.80).

En resumen, los rasgos distintivos que caracterizan a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se pueden establecer en torno a: Los objetivos: es decir, las básicas son un tipo de actividad sobre la que se sustenta algo fundamental, esencial en oposición a la cualidad de mediadoras de las otras, aquellas de las que nos sirven y son útiles para lograr un objetivo. La complejidad: las básicas se definen por su sencillez o simplicidad en contraposición con la mayor complejidad de procesos cognitivos y sociales que define a las actividades instrumentales. La privacidad: Las actividades básicas, son personales frente a las instrumentales que pueden ser colectivas en el sentido de realizarse para interactuar con el entorno, públicamente sin necesidad de intimidad.

Bases Legales.

Es conveniente aportar que el Adulto Mayor cuenta con el apoyo de leyes que le garantizan su atención como parte de la sociedad, es por esto que a continuación se citarán algunos artículos importantes que guardan relación con el presente estudio según el régimen prestacional de servicios sociales al Adulto Mayor y otras categorías.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Capítulo V. sobre los derechos sociales de la familia (2000).

Artículo 80: El Estado garantizará a los ancianos y ancianas, el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar la dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social, no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano. A los ancianos y ancianas se les garantizará el derecho a un trabajo acorde con aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello. (p.28).

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p.53).

Por lo tanto tenemos que hay un marco legal, específicamente constitucional que amparan al Adulto Mayor y en todas estas existe relación o tienen como principal meta, lograr un bienestar social y económico para el anciano y anciana. El Estado está en la obligación de mejorar la calidad de vida de este grupo etario, ya sea a través de la

implementación de programas, entre los cuales se encuentran el proporcionarle comida a los Adultos Mayores de bajos recursos económicos, pensiones entre otras.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social en el capítulo II, régimen prestacional de servicios sociales al adulto mayor. (2002).

Artículo 58: Se crea el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y otra categoría de personas que tienen por objeto garantizarles Atención Integral, a fin de mejorar y mantener su calidad de vida y bienestar social bajo el principio de respeto a su dignidad humana. (p.67).

Es decir, que el Adulto Mayor tiene el derecho a una alimentación sana y acorde a sus requerimientos nutricionales, a fin de que mantenga una calidad de vida y de esta manera se pudiese evitar algunos problemas de salud que puedan ser causados por una alimentación no adecuada.

Definición de Términos Básicos.

Actividades de la vida diaria: Es el proceso espontaneo de resolución de problemas e indicación de lo que hay que hacer en primer lugar para responder a las necesidades de la persona y resolver problemas sencillos, sin una finalidad concreta de evolución hacia la autonomía o el mayor bienestar.

Actividades básicas de la vida diaria: Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Son las que indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad.

Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años de edad.

Autocuidado: Son las prácticas de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar

Prácticas de autocuidado: Son la que conforman un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos que cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas.

Sistema de Hipótesis.

Hipótesis General.

Existe relación estadísticamente significativa entre La Variable Afectividad en sus factores Emociones Positivas y Negativas y Las Prácticas de Autocuidado en sus factores Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria.

Hipótesis específicas.

- 1- Existe relación estadísticamente significativa entre las emociones positivas en el adulto mayor y las actividades de la vida diaria.
- 2- Existe relación estadísticamente significativa entre las emociones positivas en el adulto mayor y las actividades Instrumentales de la vida diaria.
- 3- relación estadísticamente significativa entre las emociones negativas en el adulto mayor y las actividades Básicas de la vida diaria.
- 4- relación estadísticamente significativa entre las emociones negativas en el adulto mayor y las actividades Instrumentales de la vida diaria.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable 1: Afectividad del Adulto Mayor.

Definición Operacional: Se refiere al conjunto de reacciones o estados afectivos que tiene el adulto mayor ante los estímulos provenientes del medio interno o externo, referido a las emociones.

Factor	Indicador	Sub-Indicador	Ítems
1.- Emociones: Se refiere a las reacciones vivenciales del adulto mayor que se acompañan de una fuerte conmoción psicofisiológicas que surgen como reacción a situaciones concretas reales e imaginarias referido a emociones positivas y negativas.	1.1.- Emociones Positivas: Se refieren a las reacciones que promueven el disfrute y gratificación en el adulto mayor ante distintos eventos psicofisiológicos, referidos a la alegría, satisfacción motivacional, gratitud y serenidad.	Alegría. Satisfacción motivacional. Gratitud. Serenidad.	1,2,3 4,5,6 7,8,9 10,11,12
	1.2.- Emociones Negativas: Se refieren a las reacciones que promueven acciones desagradables en el adulto mayor ante distintos eventos psicofisiológicos, referidos al miedo, ira, vergüenza, tristeza y repugnancia.	Miedo. Ira. Vergüenza. Tristeza. Repugnancia (asco).	13,14,15 16,17,18 19,20,21 22,23,24 25,26,27

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable 2: Las Prácticas de Autocuidado en el Adulto Mayor.

Definición Operacional: Se refiere al conjunto de actividades que el adulto mayor emprende con relación a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar, referido a las actividades de la vida diaria.

Factor	Indicador	Sub-Indicador	Ítems
2.- Actividades de la Vida Diaria: Se refiere a las tareas que el adulto mayor realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio, referido a las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.	2.1.- Actividades Básicas de la Vida Diaria: se refiere a las funciones de autoatención del adulto mayor, referido a: Comer. Vestirse. Peinarse, Andar (con o sin bastón). Cortarse las uñas de las manos y los pies. Ducharse o bañarse.	- Comer.	1
		- Vestirse.	2
		- Peinarse	3
		- Andar (con o sin bastón).	4
		- Cortarse las uñas de las manos y los pies.	5,6
		- Ducharse o bañarse.	7
		- Utilizar el teléfono.	8
	2.2.- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Se refiere a las funciones imprescindibles que realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida, referido a: Utilizar el teléfono. Comprar comida o ropa. Utilizar transporte. Prepararse la comida. Tomar medicinas. Administrar dinero. Lavar ropa. Limpiar la casa.	- Comprar comida o ropa.	9
		- Utilizar transporte.	10
		- Prepararse la comida.	11
		- Tomar medicinas.	12
		- Administrar dinero.	13
		.- Lavar ropa	14
		.- Limpiar la casa.	15

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo está referido al contexto operativo de la investigación a través del cual se hace necesario, que los hechos estudiados y las relaciones que se establezcan entre estos, así los resultados obtenidos deben reunir condiciones de fiabilidad, objetividad y validez interna, es necesario delimitar los procedimientos de orden metodológico, se intentan dar respuesta a las interrogantes planteadas. En este sentido se desarrollan el tipo y diseño de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección de datos, validación y confiabilidad procedimiento de recolección de datos, así como las técnicas de tabulación y análisis.

Tipo y Diseño de la Investigación.

Es una investigación no experimental, y el estudio de acuerdo al problema y a los objetivos planteados, se trata de un diseño descriptivo correlacional. Según Hernández (2000) señala “estos diseños describen relación de las variables en un momento determinado. (p.189).

Población y Muestra.

Población:

La población según Tamayo-Tamayo (1997), se define como “la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen unas características comunes, la cual se estudia y da origen a los datos de investigación”. (p.114). Por su parte Pólit (2000), sostiene “es todo el conjunto de individuo (u objeto) que tiene algunas características comunes. La población objeto de estudio estuvo conformada

por 60 adultos mayores que viven en la Urbanización Los Cerritos primera etapa, de Paraparal. Los Guayos.

Muestra.

Tomando en cuenta las características, como son las edades mayores de 60 años, de ambos sexos, independientes; para la realización de la presente investigación se seleccionaran a los adultos mayores que viven en la 1ra etapa de la Urb. Los Cerritos de Paraparal Los Guayos. Es por ello que Polit (2000), describe que el muestreo denota el proceso de escoger parte de una población para que le represente a toda ella” (p.657). El mismo autor expresa que el muestreo Probabilístico “se trata de una técnica que comprende la selección de la muestra por lo regular tomada (menor estima); y es por conveniencia porque fue el uso de las personas con que se contó como sujeto de estudio.

Así mismo Hernández (2000) cita a Subman, donde define muestra como “un subgrupo de la población” (p.204). La muestra comprende una parte representativa de la población, cuyas características deben reproducirse en ella, lo más exactamente posible. De allí que la muestra en el presente estudio estuvo integrada por 40 adultos mayores que representa el 66,66 % de la población.

Instrumento de Recolección de Datos.

En función de los objetivos destinados en el presente estudio, entre los métodos seleccionados se aplicó un instrumento, definido por Hernández (2000) como “Un registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta”. (p.309). Este método proporciona al investigador la posibilidad de apreciar, como interviene la variable en el objeto de estudio, el instrumento constó de 03 partes, la primera con 06 ítems relacionados con los datos sociodemográficos del adulto mayor; la segunda con 27 ítems del factor emociones positivas y negativas de la primera variable afectividad en el adulto mayor en una escala de Lickert con alternativas totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, así mismo la tercera parte corresponde a la variable Practicas de

Autocuidado, con una escala de Lickert de 4 alternativas: lo realiza sin ayuda, lo realiza con ayuda, No puede hacerlo, No contesta (NC); donde los 07 primeros ítems corresponden al factor actividades de la vida diaria en su indicador Actividades básicas y 08 ítems al indicador actividades instrumentales. Este Instrumento de “actividades básicas e instrumentales de las personas mayores” fue elaborado por (Encuesta Nacional de Salud de España, 1995) y readaptado por Manuel Boggio (2012).

Validez.

En términos generales, indica el grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Según sostiene Hernández S. (2000), se refiere al grado de veracidad de la información recopilada, si este está bien estructurado, es el conjunto de actividades dirigidas a establecer la veracidad de la investigación realizada. (p.309). Destacando que para validar el instrumento que se aplicó en esta Investigación, se consultó con expertos en Enfermería Gerontológica, docentes en Metodología los cuales revisaron las preguntas que contiene el cuestionario.

Confiabilidad.

Hernández S, (2000), acota que “Se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p.310). Así mismo la Confiabilidad se determina mediante diversas técnicas, concibiendo que las mismas se evalúen sobre la base de tres tipos de evidencia, entre mayor certeza de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo posea un instrumento de medición, este representa fielmente la variable o las variables que se miden. Por lo tanto, la confiabilidad del instrumento de la variable afectividad arrojó según el coeficiente de correlación Alfa de Crombach 0,83, y para la segunda variable el instrumento se le realizó la confiabilidad de acuerdo a la encuesta nacional de salud de España en el año 1997

Procedimiento de Recolección de la Información.

Para la recolección de la información se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.- Se visitó casa por casa los adultos mayores de la primera etapa de la Urb. Los cerritos, de Paraparal, Los Guayos.
- 2.- Se le informó a los adultos mayores sobre el estudio y su objetivo, seleccionando la población y muestra para el mismo.
- 3.- Se les solicitó por escrito la autorización a los adultos mayores para aplicarles el instrumento a través de un consentimiento informado.
- 4.- Se les aplicó el instrumento a los adultos mayores que se seleccionaron al azar como muestra, explicándole que dichos resultados son confidenciales.

Técnicas de Tabulación y Análisis de los Datos

En lo que respecta al análisis de resultados, se consideró la representación en cuadros y gráficos de los resultados, permitiendo utilizar la estadística descriptiva para su interpretación mediante distribución de frecuencias absolutas. Una vez realizados estos cálculos, se procedió a establecer si los porcentajes obtenidos para las variables, los factores e indicadores siguen una distribución normal. Igualmente la información está representada en cuadros estadísticos, que permitieron obtener resultados como base para las recomendaciones dadas.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Presentación de los Resultados.

En el presente capítulo, se presentan los resultados obtenidos a través del procesamiento estadístico, para ello fueron calculados los valores de la categoría interrogada a cada adulto mayor con respecto a las Variables, los factores e indicadores. La información se presenta en cuadros de distribución de frecuencia y porcentaje para su análisis, así mismo se muestran los resultados en forma gráfica.

Cuadro N° 3

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Edad, Sexo y con quien vive. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2017.

Edad	Con quien vive										Total	
	Solo	Con esposa (o)		Con esposa(0) e hijos		Con hijos		Con nietos	Otros			
	Sexo	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	Sexo			
	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	M %	F %		F %
55-60 a	2 5	0 0	1 2,5	0 00	4 10	0 00	1 2,5	0 00	0 00	1 2,5	9	22,5
61-65 a	0 00	3 7,5	0 00	3 7,5	1 2,5	3 7,5	2 5	1 2,5	0 00	2 5	15	37,5
66-70 a	0 00	1 2,5	0 00	3 7,5	1 2,5	1 2,5	0 00	1 2,5	1 2,5	1 2,5	9	22,5
71 y más a	0 00	1 2,5	0 00	1 2,5	0 00	1 2,5	0 00	1 2,5	1 2,5	2 5	7	17,5
Total	2 5	5 12,5	1 2,5	7 17,5	6 15	5 12,5	3 7,5	3 7,5	2 5	6 15	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Se puede observar en el cuadro 3, que el 55 % de los adultos mayores son de sexo masculino, el 37.5 % están comprendidos entre 61 a 65 años de edad, 22,5 % entre 55 a 60 y entre 66 a 70 años de edad respectivamente, el 17 % entre 71 y más años de edad. El 32,5 % viven con esposas (os) e hijos; el 20 % viven con hijos y un 20 % viven con otras personas, el 15 % viven con esposa y esposo; resaltando que el 5 % (2) adultas mayores viven solas y están comprendidas entre 55 y 60 años de edad.

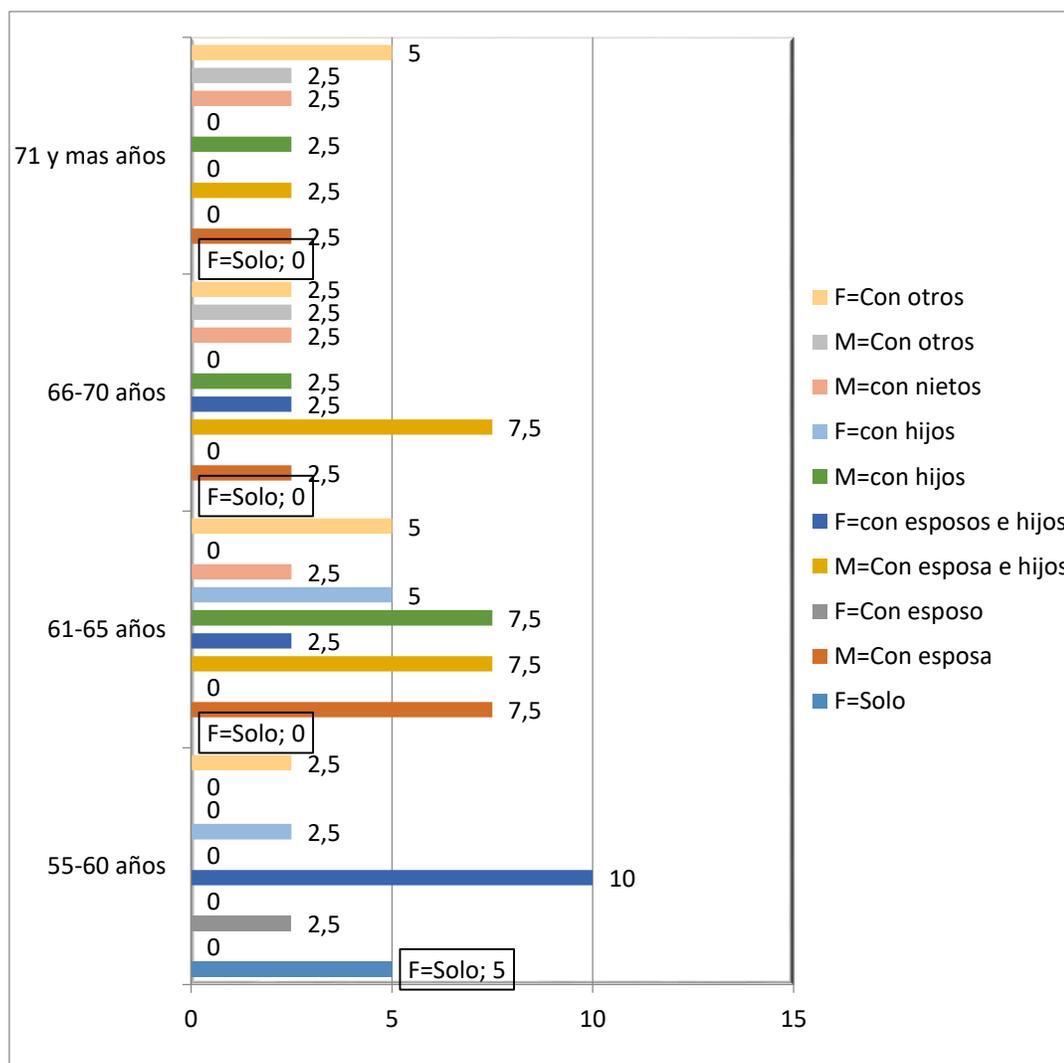


Gráfico 1. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Edad, Sexo y con quien vive. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2016. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 4.
*Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Si trabajan
y tipo de trabajo. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2017.*

Tipo de trabajo /Trabaja	SI	%	NO	%	Total	
					F	%
Del Hogar	15	37,5	00	00	15	37,5
Comerciante	14	35	00	00	14	35
Cerrajero	1	2,5	00	00	01	2,5
Costurera o sastre	3	7,5	00	00	03	7,5
Electrónica	1	2,5	00	00	01	2,5
Educador	3	7,5	00	00	03	7,5
Taxista	1	2,5	00	00	01	2,5
Peluquera	1	2,5	00	00	01	2,5
Mecánico	1	2,5	00	00	01	2,5
Total	26	62,5	14	37,5	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2016).

En el cuadro 4, se puede observar que el 37,5 % son trabajadoras del hogar; el 35 % de los adultos mayores son comerciantes, el 7,5 % son costureras y sastres y educadores respectivamente, el 2,5% son cerrajeros, electrónicos, taxistas, peluqueras y mecánico respectivamente.

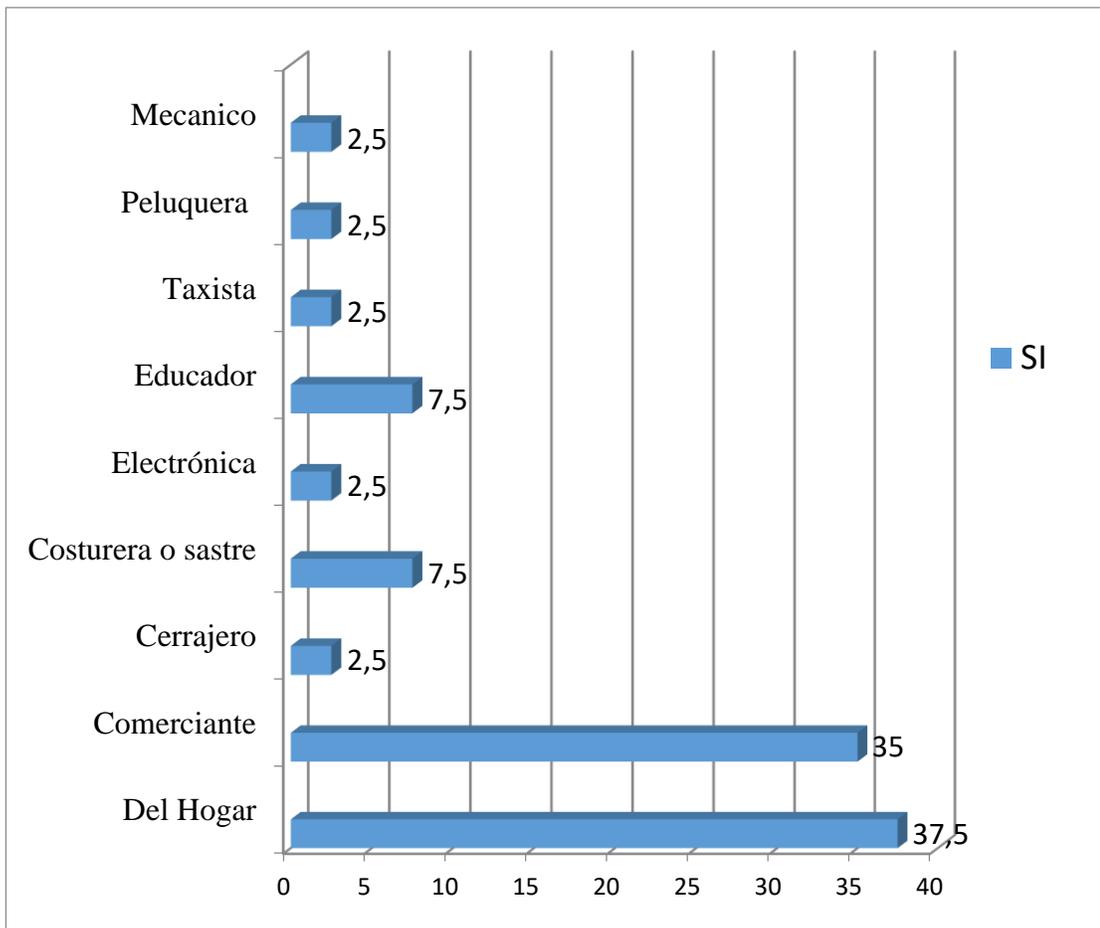


Gráfico 2. *Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores según: Si trabajan y tipo de trabajo. Urb. Los Cerritos, Carabobo 2017.*

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 5.
*Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Recibe pensión, tipo de pensión y ayuda económica familiar.
 Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

	Pensión										
	NO					SI					
	Ayuda Económica Familiar					Ayuda Económica Familiar					
	NO		SI			NO		SI			Total
Tipo de pensión	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
No tiene	4	10	3	7,5	0	00	0	00	7	17,5	
Alcaldía	0	00	0	00	5	12,5	1	2,5	6	15	
Gobernación.	0	00	0	00	1	2,5	0	00	1	2,5	
Otros.	0	00	0	00	1	2,5	1	2,5	2	5	
IVSS	0	00	0	00	18	45	6	15	24	60	
Total	4	10	3	7,5	25	62,5	8	20	40	100	

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 5, se observa que 17,5 % no tienen pensión, de los cuales el 10 % no recibe ayuda económica familiar y el 7,5 % si la recibe. El 82,5 % si tiene pensión de los cuales el 20 % si recibe ayuda económica familiar. El 60 % tiene pensión del IVSS, el 15 % de la alcaldía, el 2,5 % de la gobernación, y el 5 % de otros organismos.

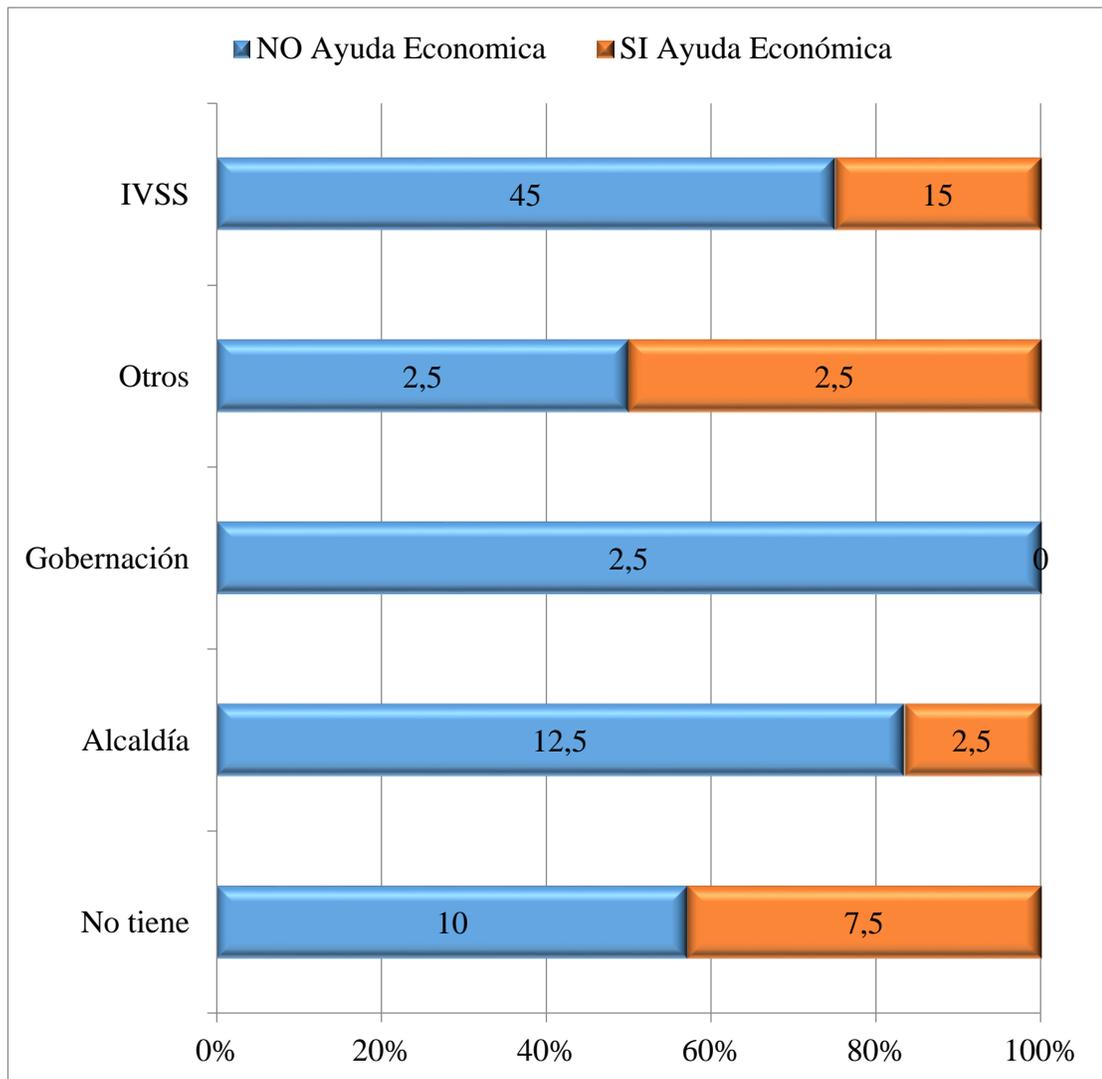


Gráfico 3. *Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Recibe pensión, tipo de pensión y ayuda económica familiar. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N°6.
*Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, **Sub-indicador Alegría.** Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alegría.												
1.- Me siento contento (a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar.	00	00	02	05	00	00	15	37,5	23	57,5	40	100
2.- Me siento alegre con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	00	00	00	00	04	10	33	82,5	03	7,5	40	100
3.- Me siento alegre con los miembros de mi comunidad cuando no me toman en cuenta para las actividades recreativas?	00	00	00	00	08	20	28	70	04	10	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 6, se puede observar en el ítems 1 Me siento contento (a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar, 31 57,5% manifiesta estar totalmente en desacuerdo, el 37,5 % está en desacuerdo, el 5 % manifiesta estar de acuerdo; en el items 2 Me siento alegre con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 82,5 % manifiesta estar en desacuerdo, el 10 % le es indiferente, y el 7,5 % está en totalmente en desacuerdo; en el ítems 3 Me siento alegre con los miembros de mi comunidad cuando no me toman en cuenta para las actividades recreativas? El 70 % está en desacuerdo, el 20 % le es

indiferente y el 10 % en totalmente en desacuerdo. Estos puede deberse a lo planteado por: Fernández-Abascal y Palmero, (1999), donde describe que la alegría como una sensación de bienestar y de seguridad que sentimos cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión.

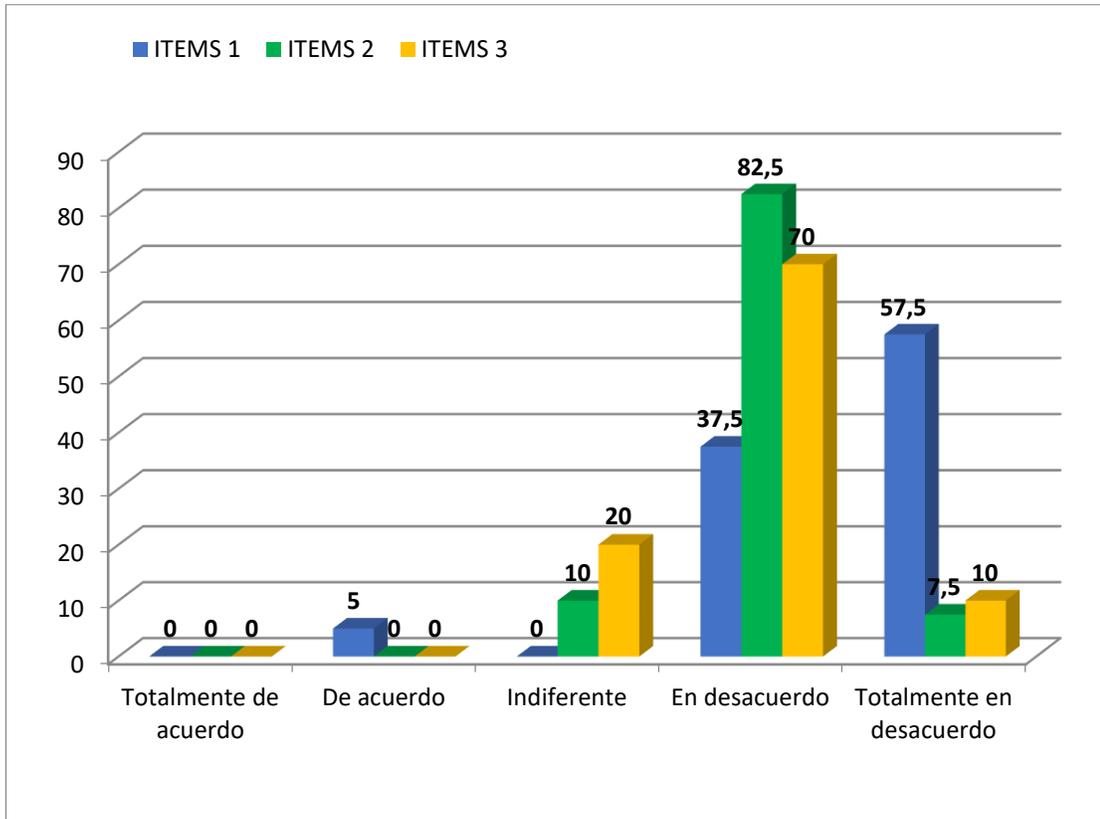


Gráfico 4. *Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Alegría. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 7.
Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador
*emociones positivas, **Sub-indicador Satisfacción Motivacional.***
Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfacción Motivacional.												
4.- Me siento satisfecho(a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	00	00	07	17,5	02	05	21	52,5	10	25	40	100
5.- Me siento motivado(a) con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	00	00	02	05	02	05	32	80	04	10	40	100
6.- Me siento motivado(a) con los miembros de mi comunidad cuando no me dejan participar en las actividades recreativas?	00	00	01	2,5	09	22,5	27	67,5	03	7,5	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 7, se puede observar en el ítems 4 Me siento satisfecho(a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 52,5 % manifiesta estar en desacuerdo, el 25 % en totalmente en desacuerdo, el 17,5 % de acuerdo y el 5 % le es indiferente. En el ítems 5 Me siento motivado(a) con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 80 % manifiesta estar en desacuerdo, el 10 % en totalmente en desacuerdo, el 5 % le es indiferente y está de acuerdo. En el ítems 6 Me siento motivado(a) con los miembros de mi comunidad

cuando no me dejan participar en las actividades recreativas? El 67,5 % manifiesta estar en desacuerdo, el 22,5 % le es indiferente, el 7,5 % en totalmente en desacuerdo y el 2,5 % de acuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Goleman (1996), donde hace referencia que la Satisfacción Motivacional podría verse, pues, como la fuerza, el impulso, la energía, el deseo, la buena disposición que activa o mueve al sujeto hacia el logro de un objetivo o fin.

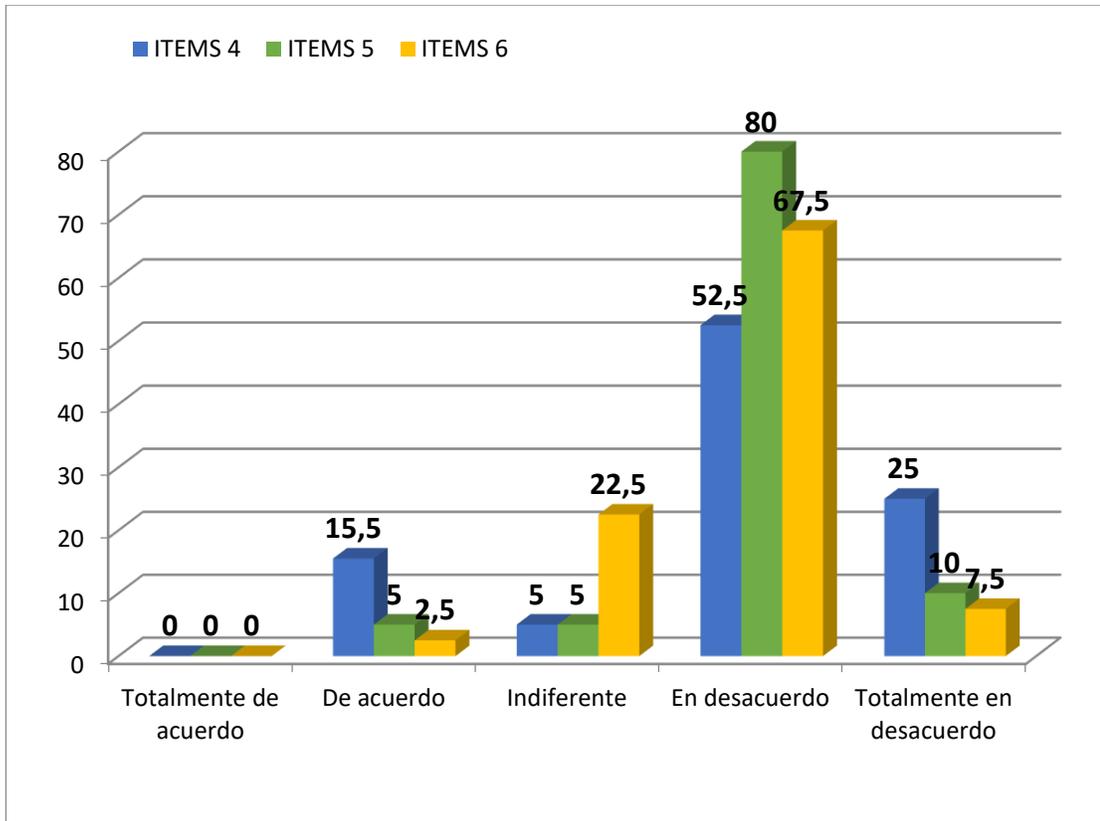


Gráfico 5. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Satisfacción motivacional. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

*Cuadro N° 8.
Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador
emociones positivas, **Sub-indicador Agradecimiento.**
Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Agradecimiento.												
7.- Me siento agradecido(a) ante Dios cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	00	00	09	22,5	00	00	17	42,5	14	35	40	100
8.- Me siento agradecido(a) con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	00	00	03	7,5	02	05	24	60	11	27,5	40	100
9.- Me siento agradecido(a) con los miembros de mi comunidad cuando no me dejan participar en las actividades recreativas?	00	00	00	00	06	15	30	75	04	10	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 8, se puede observar, en el ítems 7 Me siento agradecido(a) ante Dios cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 42,5 % manifiesta estar en desacuerdo, el 35 % en totalmente en desacuerdo, y el 22,5 % de acuerdo; en el ítems 8 Me siento agradecido(a) con mi grupo familiar cuando no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 60 % manifiesta estar en desacuerdo, el 27,5% en totalmente en desacuerdo el 7,5 % de acuerdo y el 5 % le es indiferente. En

el ítems 9 Me siento agradecido(a) con los miembros de mi comunidad cuando no me dejan participar en las actividades recreativas? El 75 % manifiesta estar en desacuerdo, el 15 % le es indiferente y el 10 % en totalmente en desacuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Fredrickson (2005), describe que la Gratitud llega cuando agradecemos algo que ha venido a nuestro encuentro como un regalo. Abre tu corazón y genera el impulso de corresponder, hacer algo bueno a cambio, ya sea por la persona que te ayudó o por alguien más.

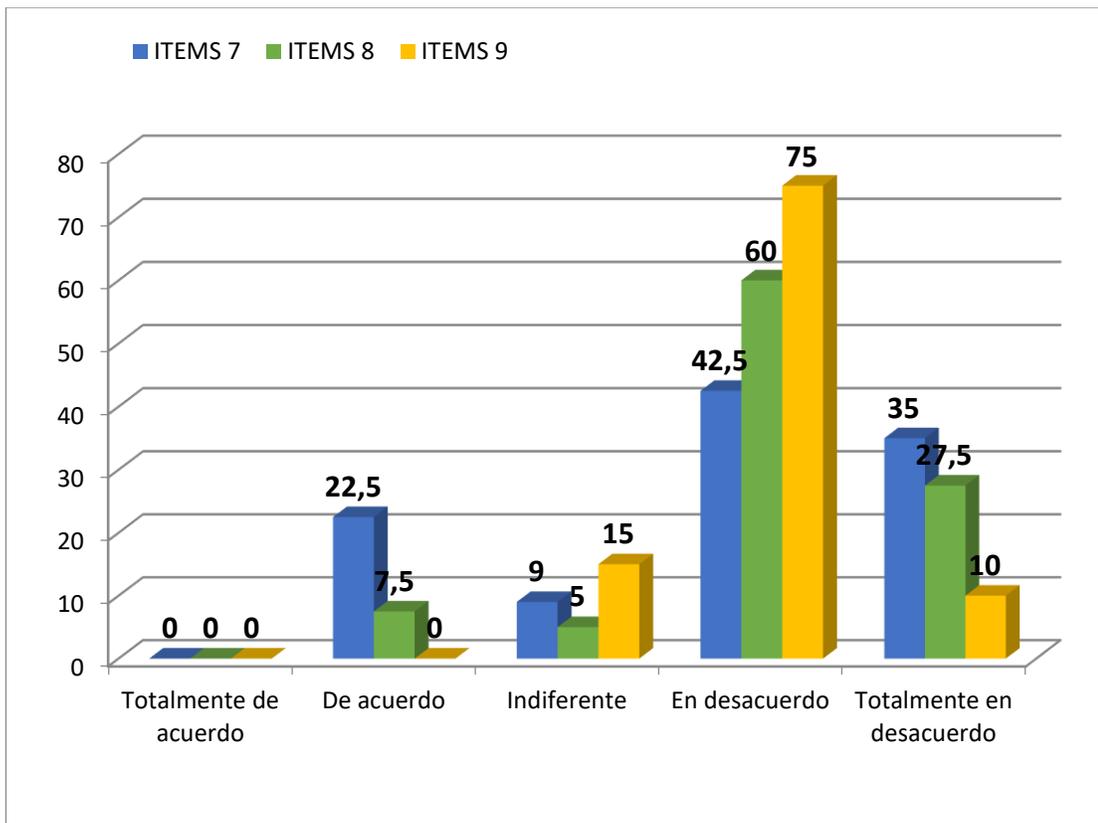


Gráfico 6. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Agradecimiento. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 9.

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, **Sub-indicador Serenidad**. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Emoción: Serenidad.	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10.- Me siento tranquilo(a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	01	2,5	02	05	06	15	19	47,5	12	30	40	100
11.- Me siento sereno(a) cuando mi familia no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	01	2,5	08	20	03	7,5	28	70	00	00	40	100
12.- Me siento tranquilo(a) cuando los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades recreativas?	01	2,5	09	22,5	07	17,5	23	57,5	00	00	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 9, se puede observar en el ítems 10 Me siento tranquilo(a) cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 47,5 % manifiesta estar en desacuerdo, el 30 % en totalmente en desacuerdo, el 15 % le es indiferente, el 5 % de acuerdo y el 2,5 % totalmente de acuerdo; en el ítems 11 Me siento sereno(a) cuando mi familia no me dejan realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 70 % manifiesta estar en desacuerdo, el 20 % de acuerdo, el 7,5 % le es indiferente y el 2,5 % estar totalmente de acuerdo. En el ítems 12 Me siento tranquilo(a) cuando los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades recreativas? El 57,5 %

manifiesta estar en desacuerdo, el 22,5 % de acuerdo, el 17,5 % le es indiferente, y el 2,5 % estar totalmente de acuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Fredrickson, (2005), describe que la serenidad, es la emoción luminiscente y suele venir después de otras formas de positividad, como la alegría y el orgullo.

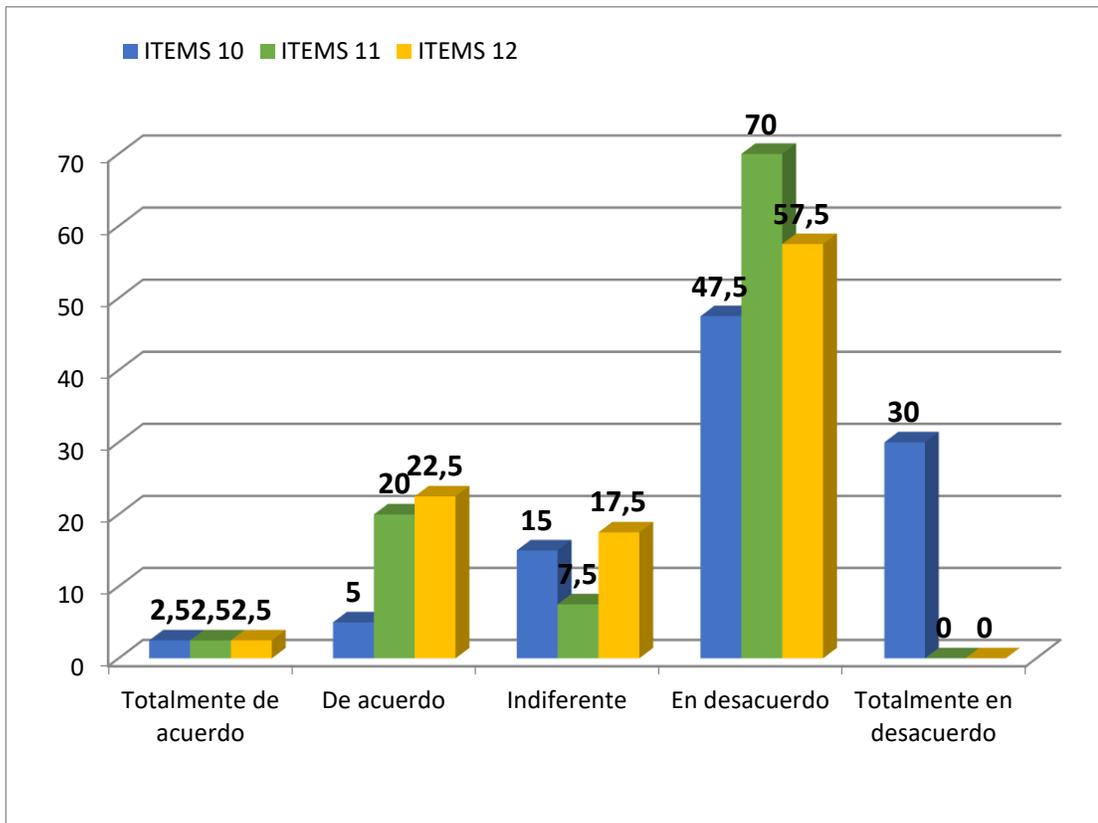


Gráfico 7. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones positivas, Sub-indicador Serenidad. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 10.

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, **Sub-indicador Miedo**. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Miedo.												
13.- Siento temor cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	17	42,5	15	37,5	00	00	05	12,5	03	7,5	40	100
14.- Siento temor de que mi familia deje de quererme por ser de edad avanzada?	12	30	11	27,5	03	7,5	10	25	04	10	40	100
15.- Siento temor de que los miembros de mi comunidad no me tomen en cuenta por ser de edad avanzada?	07	17,5	15	37,5	11	27,5	04	10	03	7,5	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 10, se puede observar en el ítems 13 Siento temor cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? El 42,5 % manifiesta estar totalmente de acuerdo, el 37,5 % de acuerdo, 12,5 % en desacuerdo, 7,5 % totalmente en desacuerdo; en el ítems 14 Siento temor de que mi familia deje de quererme por ser de edad avanzada? El 30 % manifiesta estar totalmente de acuerdo, el 27,5 % de acuerdo el 25 % en desacuerdo, el 10 % totalmente en desacuerdo y el 7,5 % le es indiferente. En el ítems 15 Siento temor de que los miembros de mi comunidad no me tomen en cuenta por ser de edad avanzada? El 37,5 % manifiesta estar de acuerdo, el 27,5% le es indiferente, el 17,5 % estar totalmente de acuerdo, el 10 % en desacuerdo, y el 7,5

% totalmente en desacuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Chóliz M., (2005) Expone que el miedo se presenta en situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados que producen respuestas condicionadas de miedo.

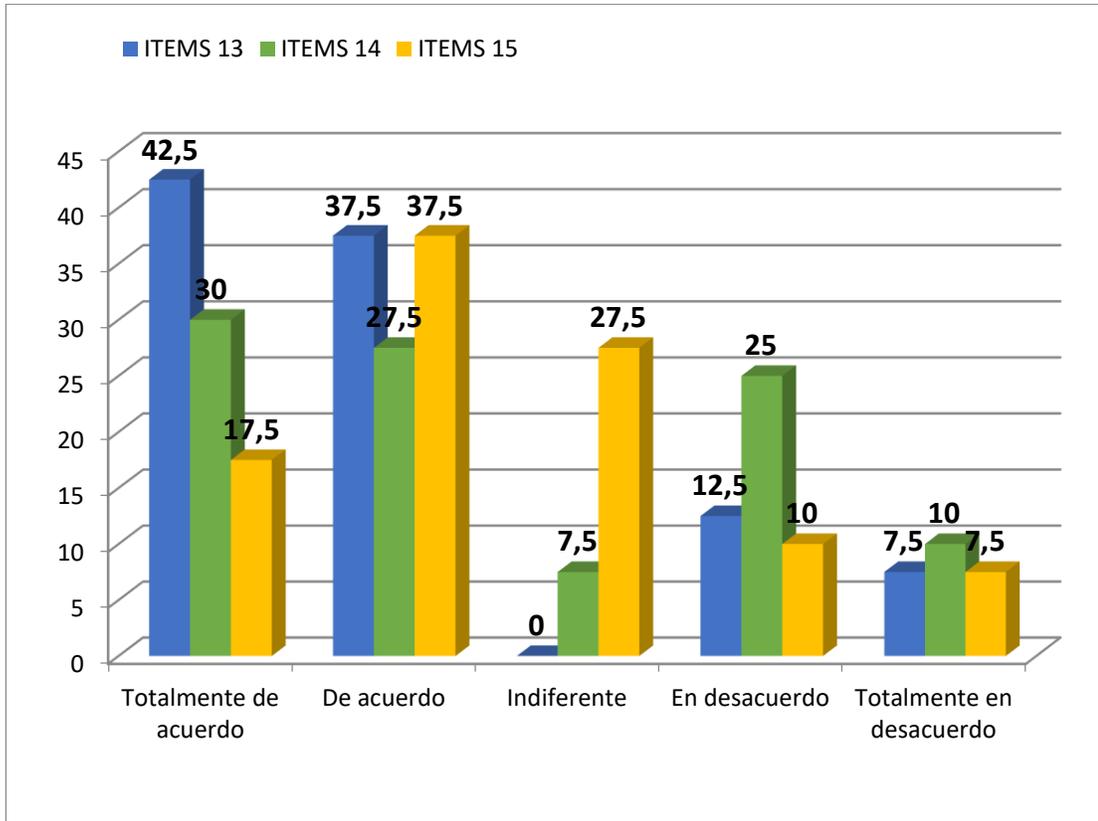


Gráfico 8. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, Sub-indicador Miedo. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 11.
Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador
*emociones negativas, **Sub-indicador Ira.** Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	Ira.											
16.- Me enfadado cuando no puedo realizar las actividades cotidiana en mi hogar?	07	17,5	17	42,5	03	7,5	08	20	05	12,5	40	100
17.- Me enfadado cuando los miembros de mi familia no me dejan realizar actividades cotidianas en mi hogar?	04	10	15	37,5	04	10	13	32,5	04	10	40	100
18.- Me enfadado cuando los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades recreativas?	04	10	10	25	09	22,5	14	35	03	7,5	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2016).

Se puede observar en el cuadro 11, en el ítems 16 Me enfadado cuando no puedo realizar las actividades cotidiana en mi hogar? El 42,5 % manifiesta estar de acuerdo, el 20 % estar en desacuerdo, el 17,5 % totalmente de acuerdo, el 12,5 % totalmente en desacuerdo y el 7,5% es indiferente. En el ítems 17 Me enfadado cuando los miembros de mi familia no me dejan realizar actividades cotidianas en mi hogar? El 37,5% manifiesta estar de acuerdo, el 32,5% estar en desacuerdo, el 10 % estar de acuerdo, indiferente y totalmente en desacuerdo respectivamente. En el ítems 18 Me enfadado cuando los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades

recreativas? El 35 % manifiesta estar en desacuerdo, 25 % estar de acuerdo, 22,5 % indiferente, 10 5 de Totalmente de acuerdo y 7,5 % totalmente en desacuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Chóliz (2005). Donde precisa que la ira es la estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva. Posee condiciones que generan frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas, o atentados contra valores morales, inmovilidad, restricción física o psicológica.

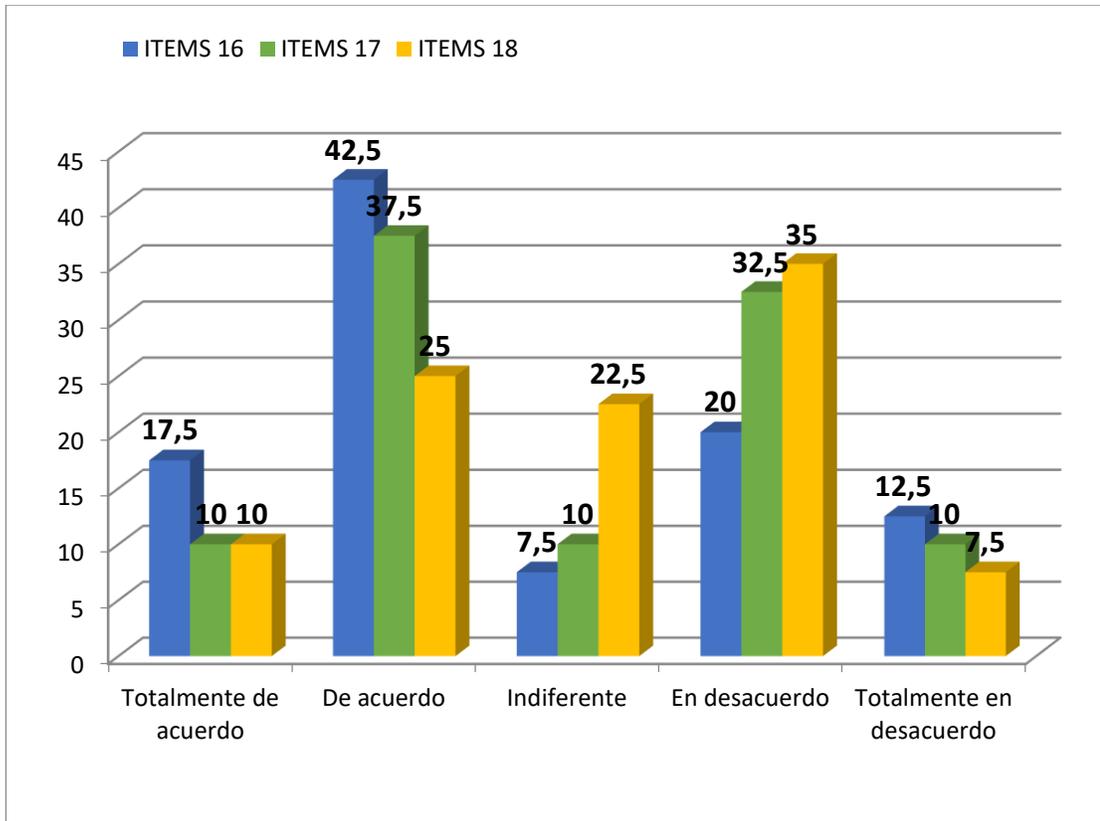


Gráfico 9. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador IRA. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 12.

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, **Sub-indicador Vergüenza**. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Emoción: Vergüenza.	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
19.- Siento vergüenza cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	08	20	22	55	03	7,5	07	17,5	00	00	40	100
20.- Siento vergüenza con los miembros de mi familia cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	11	27,5	17	42,5	03	7,5	09	22,5	00	00	40	100
21.- Siento vergüenza con los miembros de mi comunidad cuando no puedo realizar las actividades recreativas?	07	17,5	16	40	08	20	09	22,5	00	00	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 12, se puede observar en el ítems 19 Siento vergüenza cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? Que los adultos mayores manifiestan en 55 % estar de acuerdo, 20 % estar totalmente de acuerdo, 17,5 % en desacuerdo, 7,5 % le es indiferente. En el ítems 20 Siento vergüenza con los miembros de mi familia cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? 42,5 % manifiestan estar de acuerdo, 27,5 % totalmente de acuerdo, 22,5% en desacuerdo. En el ítems 21 Siento vergüenza con los miembros de mi comunidad cuando no puedo realizar las actividades recreativas? El 40 % manifiesta estar de acuerdo, el 22,5 % estar en

desacuerdo, el 20 % le es indiferente, y el 17,5 % está totalmente de acuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Franklin, B. (2015), describe que la vergüenza forma parte del universo de las emociones sociales, junto a culpa y a orgullo. Y alrededor de la emoción vergüenza, orbitan emociones que guardan una conexión por afinidad a ésta: recato, pudor, rubor, ridículo, sonrojo, bochorno, timidez y vergüenza ajena.

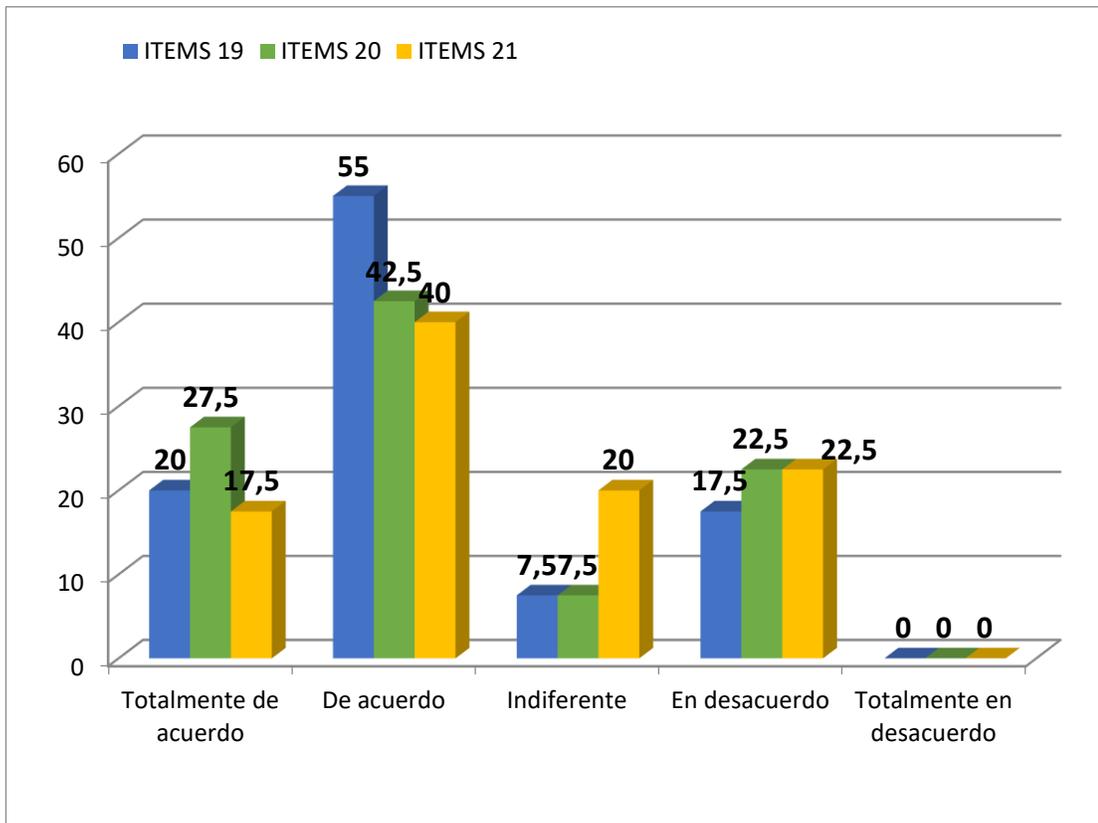


Gráfico 10. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Vergüenza. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 13.

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones negativas, **Sub-indicador Tristeza**. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Emoción: Tristeza.	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22.- Me siento triste cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	04	10	31	77,5	01	2,5	04	10	00	00	40	100
23.- Me siento triste porque mi grupo familiar no me deja realizar las actividades cotidianas en mi hogar?	01	2,5	25	62,5	06	15	08	20	00	00	40	100
24.- Me siento triste porque los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades recreativas?	01	2,5	22	55	07	17,5	10	25	00	00	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Se puede observar en el cuadro 13, en el ítems 22 Me siento triste cuando no puedo realizar las actividades cotidianas en mi hogar? En un 77,5% los adulto mayores manifiestan estar de acuerdo, 10 % estar totalmente de acuerdo y en desacuerdo respectivamente, y un 2,5 % le es indiferente. En el ítems 23 Me siento triste porque mi grupo familiar no me deja realizar las actividades cotidianas en mi hogar? En un 62,5 % manifiestan estar de acuerdo, 20 % en desacuerdo, 15 % le es indiferente y 2,5 % estar totalmente de acuerdo. En el ítems 24 Me siento triste porque los miembros de mi comunidad no me dejan participar en las actividades recreativas? 55 % está de

acuerdo, 25 % en desacuerdo, 17,5 % le es indiferente, y 2,5 % totalmente de acuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Chóliz (2005) hace referencia que en la tristeza hay separación física o psicológica, pérdida o fracaso; decepción, especialmente si se han desvanecido las esperanzas puestas en algo; situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control; ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas.

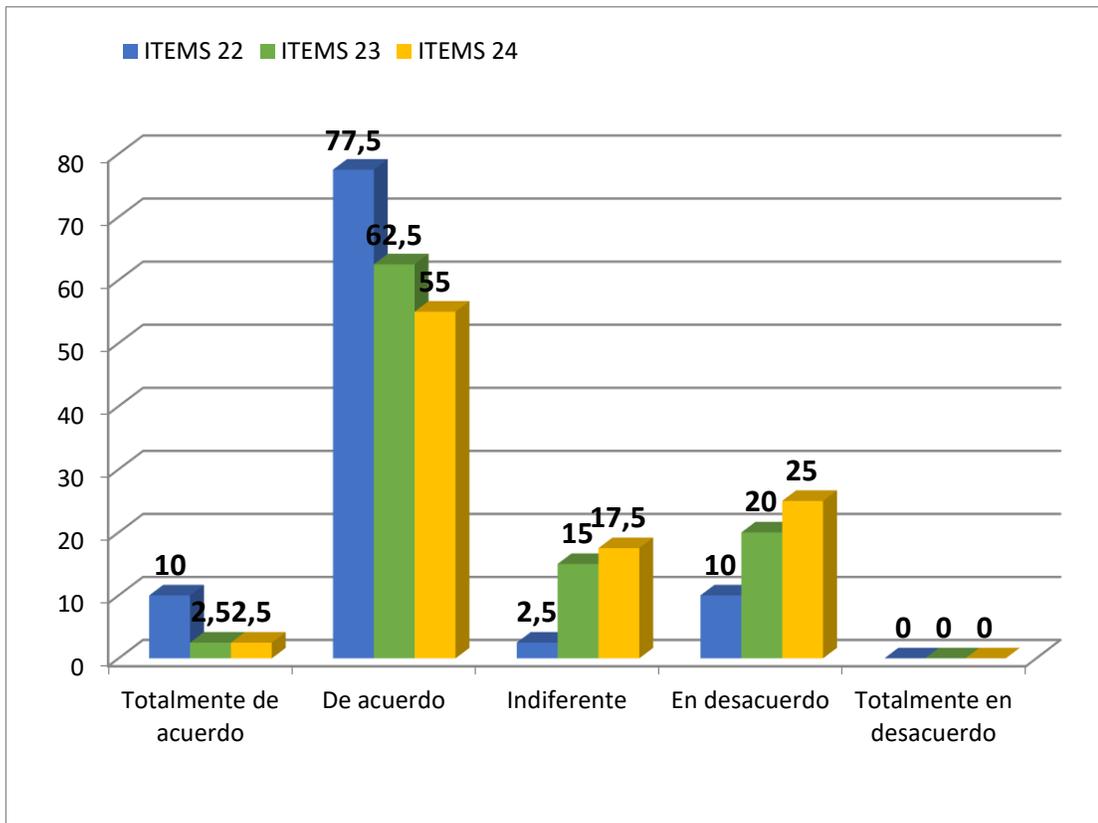


Gráfico 11. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Tristeza. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 14.
Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador
*emociones negativas, **Sub-indicador Repugnancia.** Urb. Los Cerritos, Carabobo,*
2017.

Emoción:	Totalmente de acuerdo.		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Repugnancia.												
25.- Rechazo realizar las actividades cotidianas en mi hogar por sentirme limitado físicamente?	00	00	02	5	01	2,5	31	77,5	06	15	40	100
26.- Me siento rechazado(a) por mi grupo familiar por mi condición de edad avanzada?	02	5	04	10	01	2,5	29	72,5	04	10	40	100
27.- Me siento rechazado(a) por los miembros de mi comunidad por mi condición de edad avanzada?	01	2,5	07	17,5	04	10	24	60	04	10	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 14, se puede observar en el ítems 25 Rechazo realizar las actividades cotidianas en mi hogar por sentirme limitado físicamente? El 77,5 % de los adultos mayores manifiesta estar en desacuerdo, 15 % totalmente en desacuerdo, 5 % de acuerdo y 2,5 % le es indiferente. En el ítems 26 Me siento rechazado(a) por mi grupo familiar por mi condición de edad avanzada? 72,5 % está en desacuerdo, 10 % estar totalmente en desacuerdo y de acuerdo y 5 % totalmente de acuerdo. En el ítems 27 Me siento rechazado(a) por los miembros de mi comunidad por mi condición de edad avanzada? El 60 % manifiesta estar en desacuerdo, 17,5 % de acuerdo, 10 % totalmente

en desacuerdo y 2,5 % totalmente de acuerdo. Esto puede deberse a lo planteado por: Charles. (1872), donde explica que la emoción de asco, aversión o repugnancia ha sido reconocida como una emoción básica. Es una expresión universal también innata, un único estado motivacional afectivo y un patrón de respuesta asociado que es relativamente estable a lo largo de distintas situaciones, culturas e incluso especies.

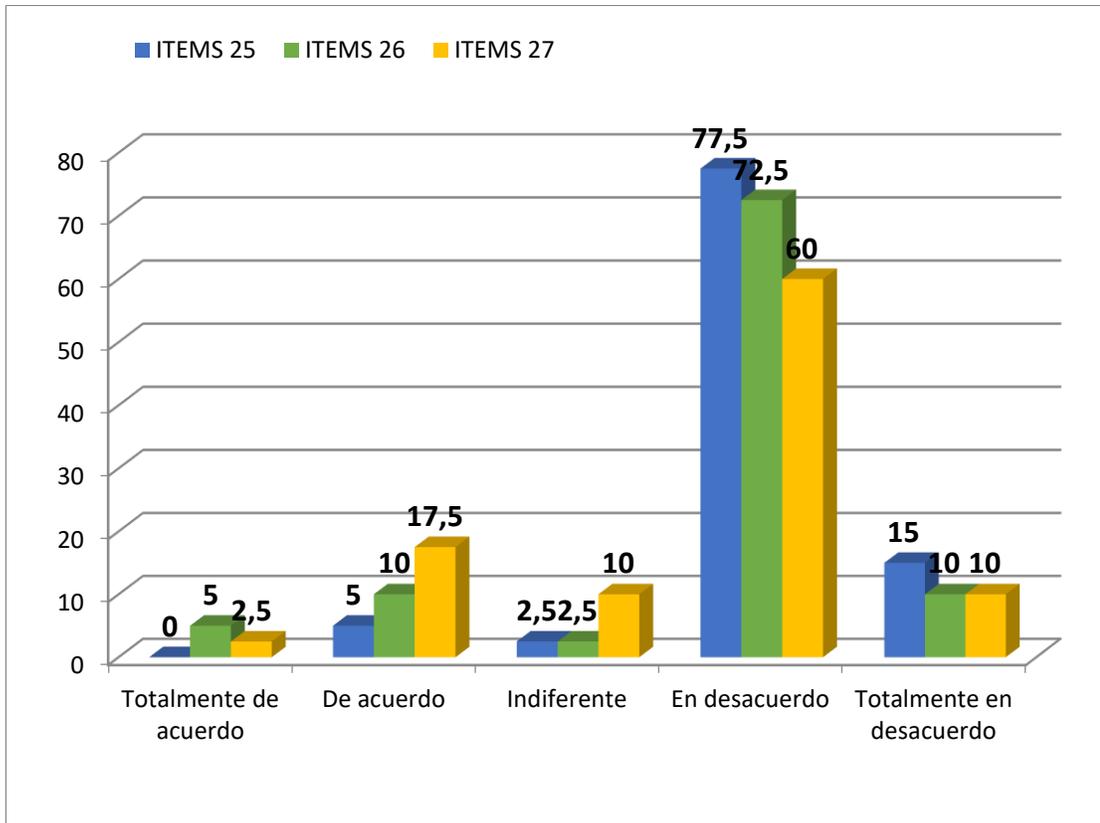


Gráfico 12. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador emociones Negativas, Sub-indicador Repugnancia. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

*Cuadro N° 15.
Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador
Actividades básicas de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.*

Actividades de la vida diaria. BÁSICAS	Sin Ayuda		Con ayuda		No lo realiza		NC		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.- Usted cuando come sus alimentos lo realiza?	40	100	00	00	00	00	00	00	40	100
2.- Usted cuando se dispone a vestirse lo realiza?	40	100	00	00	00	00	00	00	40	100
3.- Usted cuando se peina lo realiza?	40	100	00	00	00	00	00	00	40	100
4.- Usted cuando camina lo realiza?	40	100	00	00	00	00	00	00	40	100
5.- Usted cuando se corta las uñas de las manos lo realiza?	35	87,5	05	12,5	00	00	00	00	40	100
6.- Usted cuando se corta las uñas de los y pies lo realiza?	29	72,5	11	27,5	00	00	00	00	40	100
7.- Usted cuando se baña lo realiza?	39	97,5	01	2,5	00	00	00	00	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

En el cuadro 15, se puede observar, en el ítems 1 Usted cuando come sus alimentos lo realiza? En un 100 % los adultos mayores responde que lo realizan sin ayuda, en el ítems 2 Usted cuando se dispone a vestirse lo realiza? El 100% sin ayuda, el ítems 3 Usted cuando se peina lo realiza? En un 100 % sin ayuda, en el ítems 4 Usted cuando camina lo realiza? Un 100 % sin ayuda, ítems 5 Usted cuando se corta las uñas de las manos lo realiza? 87,5 % sin ayuda, 12,5 % con ayuda, en el ítems 6 Usted cuando se

corta las uñas de los y pies lo realiza? 72,5 % sin ayuda, 27,5 % con ayuda y el ítems 7 Usted cuando se baña lo realiza? 97,5 % sin ayuda, 2,5 % con ayuda. Esto puede deberse a lo planteado por: Kane y Cols (1997) describe que las actividades básicas de la vida diaria son “las tareas que realiza el adulto mayor propio de su autocuidado sin ayuda o con ayuda.

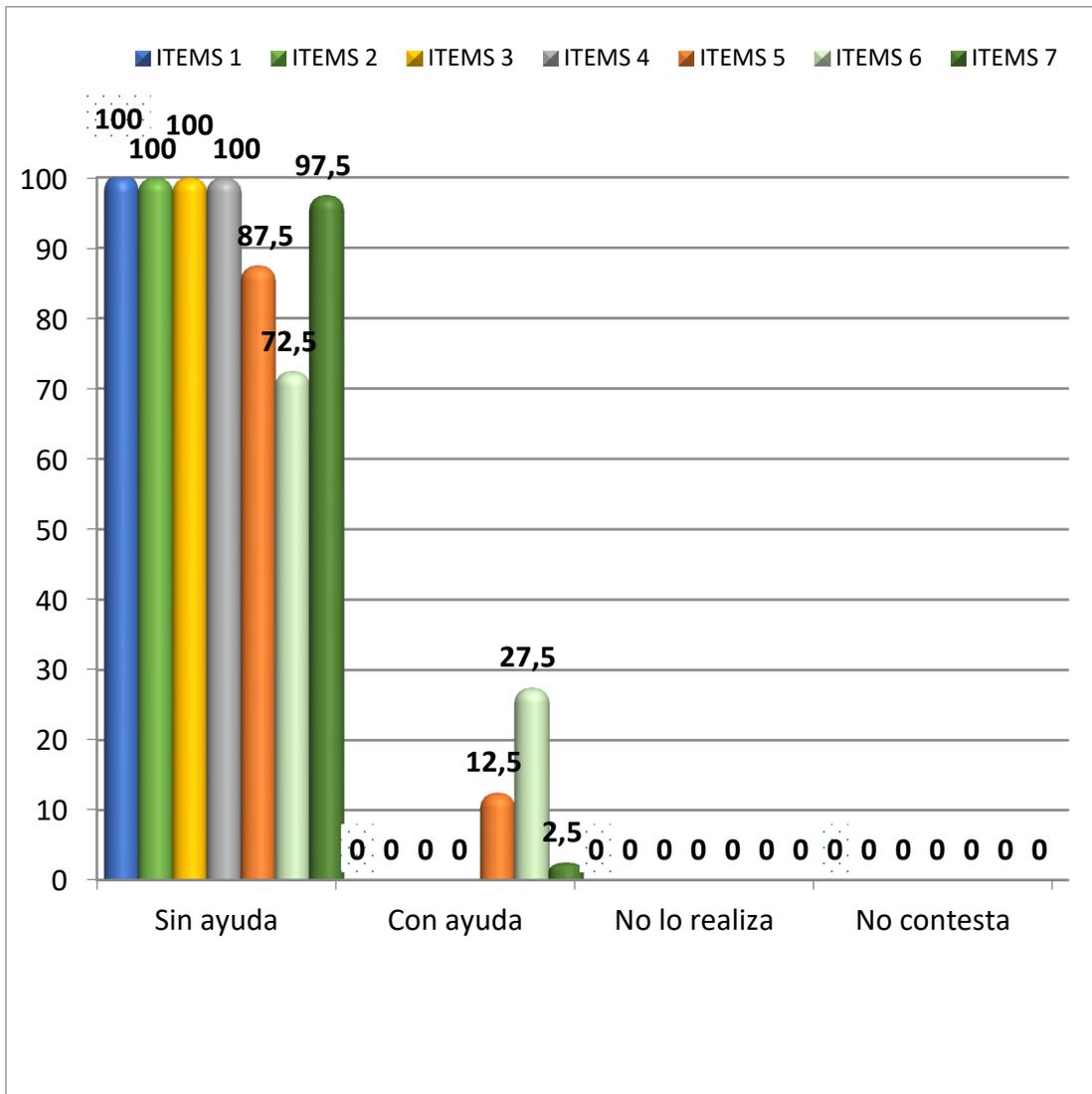


Gráfico 13. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades básicas de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 16.

Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Actividades de la vida diaria. INSTRUMENTALES	Sin Ayuda		Con ayuda		No lo realiza		NC		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
8.- Usted cuando utiliza el teléfono lo realiza?	38	95	02	05	00	00	00	00	40	100
9.- Usted cuando compra comida y ropa lo realiza?	25	62,5	15	37,5	00	00	00	00	40	100
10.- Usted cuando utiliza el transporte lo realiza?	36	90	02	05	00	00	02	05	40	100
11.- Usted cuando prepara la comida lo realiza?	30	75	04	10	04	10	02	05	40	100
12.- Usted cuando se toma los medicamentos lo realiza?	35	87,5	03	7,5	00	00	02	05	40	100
13.- Usted cuando administra su dinero lo realiza?	36	90	04	10	00	00	00	00	40	100
14.- Usted cuando lava la ropa lo realiza?	22	55	03	7,5	13	32,5	02	05	40	100
15.- Usted cuando limpia la casa lo realiza?	25	62,5	07	17,5	07	17,5	01	2,5	40	100

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Se puede observar en el cuadro 16, en el ítems 8 Usted cuando utiliza el teléfono lo realiza? Los adultos mayores responde en un 95 % sin ayuda, 5 % con ayuda, ítems 10 Usted cuando utiliza el transporte lo realiza? 90 % sin ayuda, 5 % sin ayuda, 5 % no contesta; en el ítems 11 Usted cuando prepara la comida lo realiza? 75 % sin ayuda, 10 % con ayuda, 10 % no lo realiza, 05 % no contesta; en el ítems 12 Usted cuando se toma los medicamentos lo realiza? 87,5 % sin ayuda, 7,5 % con ayuda, 5 % no contesta;

en el ítems 13 Usted cuando administra su dinero lo realiza? 90 % sin ayuda, 10% con ayuda; en el ítems 14 Usted cuando lava la ropa lo realiza? 55 % sin ayuda, 32 % no lo realiza, 7,5 % con ayuda, y 05 % no contesta. En el ítems 15 Usted cuando limpia la casa lo realiza? 62,5 % sin ayuda, 17,5 % con ayuda y no lo realiza respectivamente y 2,5 % no contesta, esto puede deberse a lo planteado por: Frías (2000), señala que “las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad como por ejemplo tareas del hogar, realizar compras, manejo de dinero y responsabilidad sobre la medicación”.

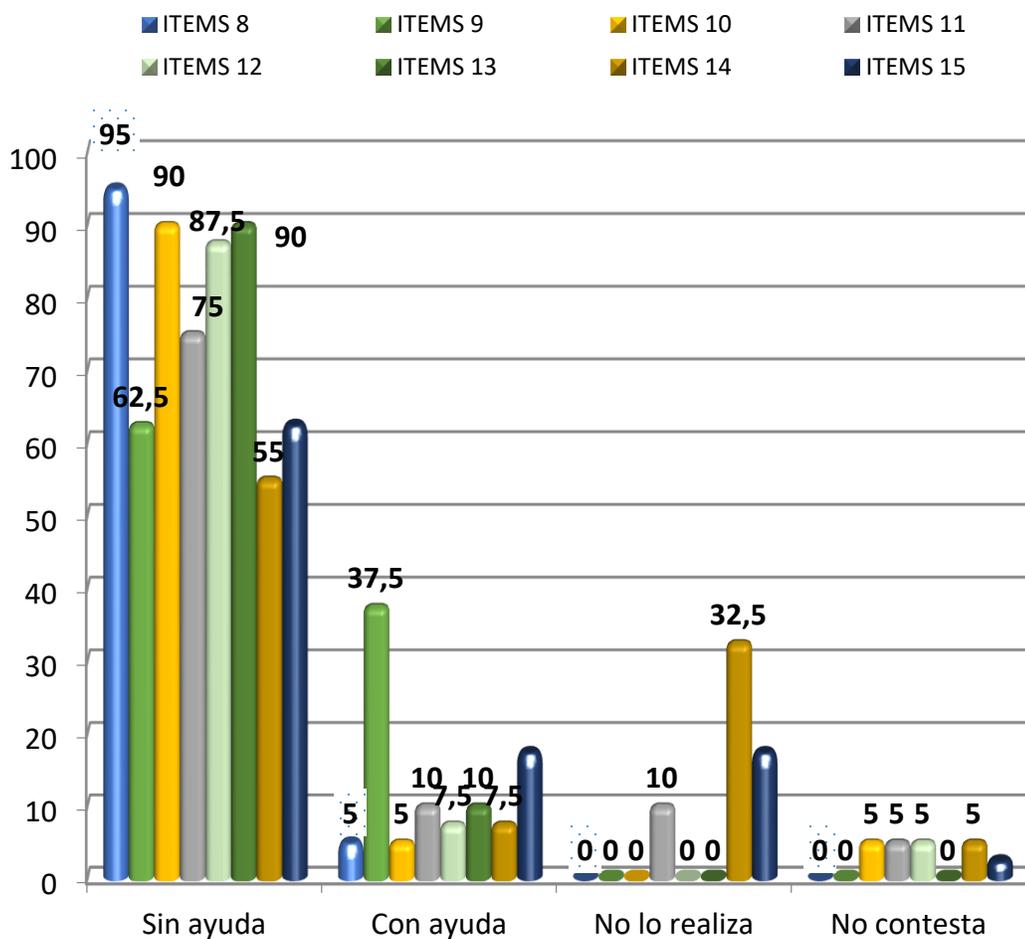


Gráfico 14. Distribución porcentual de las respuestas de los adultos mayores, según: Indicador Actividades Instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017. Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Cuadro N° 17.

Media más la prueba F de ANOVA, de las respuestas de los adultos mayores, según:
 La Variable Afectividad en sus factores Emociones Positivas y Negativas y Las
 Prácticas de Autocuidado en sus factores Actividades Básicas e Instrumentales de la
 vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

	X	F	gl	Sig.
Factores: Emociones Positivas y Negativas y Factores: Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.	3,38	24,789	39	0,000
Indicadores: Emociones Positivas y Las Actividades Básicas de la Vida Diaria	3,87	26,349	39	0,000
Indicadores: Emociones Positivas y Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	3,78	27,122	39	0,000
Indicadores: Emociones Negativas y Las Actividades Básicas de la Vida Diaria	2,94	25,528	39	0,000
Indicadores: Emociones Negativas y Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	3,06	21,634	39	0,000

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

Se puede observar en el cuadro 17, de acuerdo a las respuestas dadas por los adultos mayores, una media de 3,38 y una prueba $F = 24,789$ para 39 grados de libertad, con una significancia de 0,000, y por lo tanto se comprueba la Hipótesis General de que si existe relación estadísticamente significativa entre la Variable Afectividad en el adulto mayor y las prácticas de autocuidado, dado que a mayor relación afectiva de los adultos mayores a nivel personal, en la familia y en la comunidad más efectiva serán las prácticas de autocuidado para su desenvolvimiento. Esto puede deberse a lo planteado por: Larrú J. y otros (2008), que describen que “la afectividad de base, abarca los sentimientos vitales, el estado de ánimo y las emociones, la afectividad organizada y diferenciada, que abarca manifestaciones más complejas, tales como las pasiones y los sentimientos sociales”. Lo anteriormente citado describe que la afectividad es el manera como los adultos mayores son afectados interiormente por las circunstancias que se producen a su alrededor. El conocimiento afectivo proviene de la caridad; se enmarca en la experiencia de la dulzura de las cosas que requieren disposiciones adecuadas y producen una inflamación afectiva. Siendo para el adulto mayor todo lo afectivo un cambio interior que se opera de forma brusca o paulatina y que va a significar un estado singular de encontrarse, de darse cuenta de sí mismo.

De igual manera, y de acuerdo a las respuestas dadas por los adultos mayores, con una media de 3,87 y una prueba $F = 6,349$ para 39 grados de libertad, con una significancia de 0,000, y por lo tanto se comprueba la Hipótesis Especifica N° 1, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Positivas y el Indicador Actividades Básicas de la Vida Diaria, dado que a mayores reacciones emocionales vivenciales del adulto mayor a nivel personal, familiar y comunitario para sus buenos actos, mayor será la autoatención en sus funciones básicas de la vida diaria. Esto puede deberse a lo planteado por: Lyubomirsky, (2008), donde precisa que las emociones positivas son parte de la naturaleza humana y se han convertido en una clave indiscutible para la consecución de las relaciones sociales. Son creadoras de experiencias positivas, capaces de promover el disfrute y la gratificación al momento de ejecutar una actividad de la vida diaria.

Por otro lado, con una media de 3,78 y una prueba $F = 7,122$ para 39 grados de libertad, con una significancia de 0,000, de las respuestas de los adultos mayores se comprueba la Hipótesis Especifica N° 2, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Positivas y el Indicador Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, dado que a mayores reacciones emocionales vivenciales del adulto mayor a nivel personal, familiar y comunitario para sus buenos actos, mayor funciones imprescindibles realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida. Esto puede deberse a lo planteado por: Vecina, (2006). Las emociones positivas son aquellas en las que predomina el placer o bienestar, tienen una duración temporal y movilizan escasos recursos para su afrontamiento; además, permiten cultivar las fortalezas y virtudes personales, aspectos necesarios que conducen a la felicidad. Asimismo, son estados subjetivos que los adultos mayores experimentan en razón de sus circunstancias, por lo que son personales e involucran sentimientos. Son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para ellos.

De igual manera, los adultos mayores en sus respuestas con una media de 2,94 y una prueba $F = 25,528$ para 39 grados de libertad, con una significancia de 0,000, comprobándose la Hipótesis Especifica N° 3, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Negativas y el Indicador Actividades Básicas de la Vida Diaria, dado que a pesar de reacciones emocionales negativas que tenga el adulto mayor ante cualquier evento a nivel personal, familiar y comunitario para ejecución de sus actos cotidianos, este tendría funciones de autoatención para su desarrollo normal de la vida.

Esto puede deberse a lo planteado por: Chóliz, (2005). El cual manifiesta en su teoría que las emociones negativas únicamente no pueden establecerse como una clasificación exhaustiva y excluyente de todas las reacciones afectivas, puesto que emociones negativas como el miedo, ira, vergüenza, tristeza y repugnancias pueden ser desagradables e intensas y no se trata del mismo tipo de emoción. Por tanto, para el

adulto mayor la experiencia emocional, lo que se piensa y se siente durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones fundamentales: desagrado e intensidad. En otras palabras, las emociones negativas suelen provocar sensaciones displacenteras y pueden ser más o menos intensas.

Y por último, de acuerdo a las respuestas dadas por los adultos mayores, una media de 3,06 y una prueba $F = 21,634$ para 39 grados de libertad, con una significancia de 0,000, por lo tanto se comprueba la Hipótesis Específica N° 4, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Negativas y el Indicador Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, dado que a pesar de reacciones emocionales negativas que tenga el adulto mayor ante cualquier evento a nivel personal, familiar y comunitario para ejecución de sus actos cotidianos, mayor funciones imprescindibles realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida. Esto puede deberse a lo planteado por: Chóliz, (2005). Donde describe que las emociones negativas son aquellas que implican sentimientos desagradables, valorando la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Resultan perjudiciales para la salud y son insanas para los adultos mayores, ya impide sentirse emocionalmente equilibrados, y todo ello aísla a las personas de lo que lo rodea, cuando estas emociones negativas son intensas y habituales, afectan negativamente la calidad de vida de las personas.

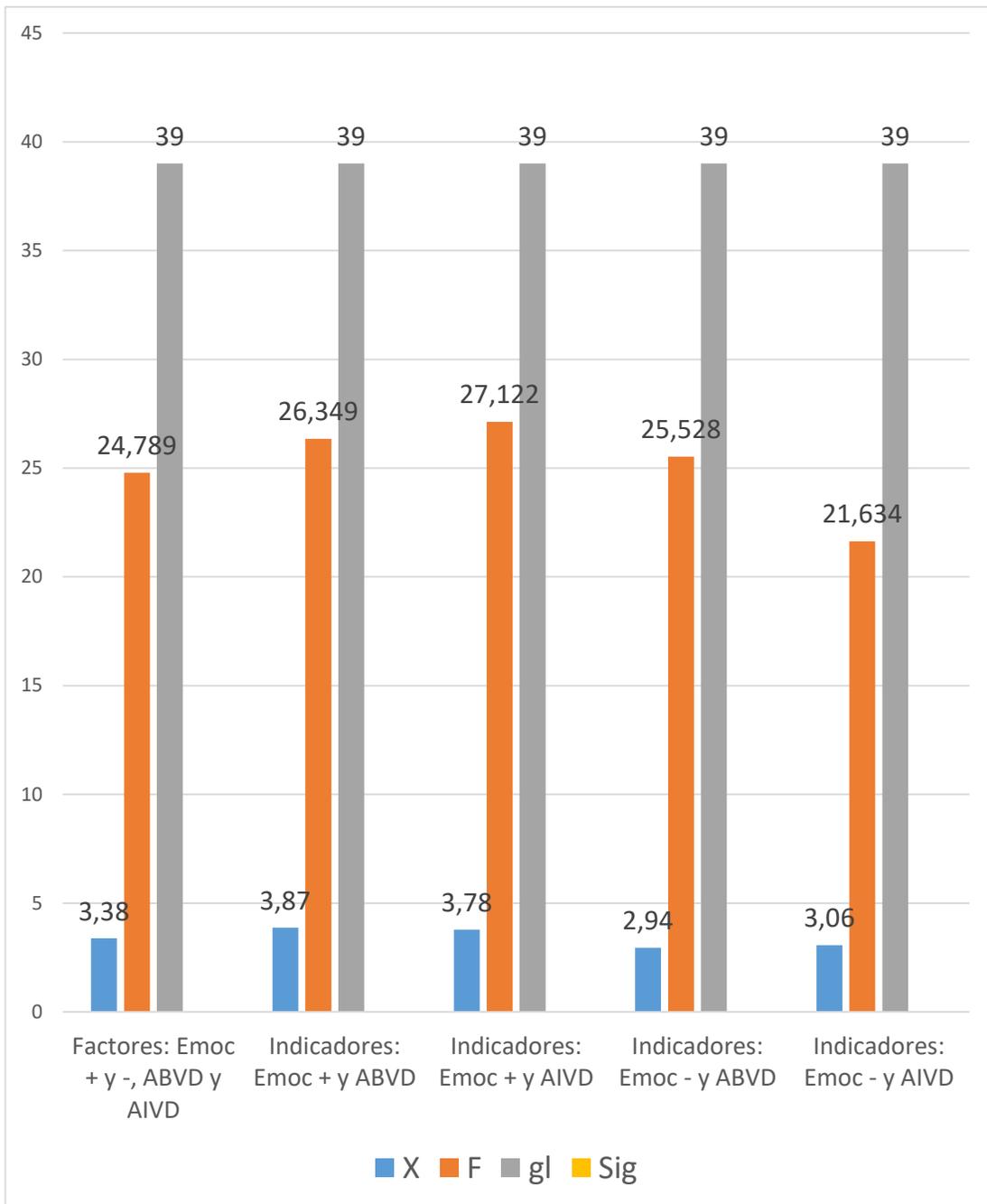


Gráfico 15. Media más la prueba F de ANOVA, de las respuestas de los adultos mayores, según: La Variable Afectividad en sus factores Emociones Positivas y Negativas y Las Prácticas de Autocuidado en sus factores Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria. Urb. Los Cerritos, Carabobo, 2017.

Fuente: Instrumento aplicado. (Luque 2017).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente Capítulo se presentan las conclusiones que generó el análisis de las respuestas de los adultos mayores, y las recomendaciones que se plantean.

Conclusiones:

1.- Se puede destacar que los adultos mayores encuestados cumplen con las normas de descripción y definición de este grupo etéreo, ya que predomina el sexo masculino con el 55 %, de igual manera el 37.5 % están comprendidos entre 61 a 65 años de edad, 22,5 % entre 55 a 60 y entre 66 a 70 años de edad respectivamente, el 17 % entre 71 y más años de edad. En relación con quien viven, el 32,5 % viven con esposas (os) e hijos; el 20 % viven con hijos y un 20 % viven con otras personas, el 15 % viven con esposa y esposo; resaltando que el 5 % (2) adultas mayores viven solas y están comprendidas entre 55 y 60 años de edad.

2.- Los adultos mayores se destacan por sus labores en el hogar con el 37,5 %; el 35 % de los adultos mayores son comerciantes, el 7,5 % son costureras y sastres y educadores respectivamente, el 2,5% son cerrajeros, electrónicos, taxistas, peluqueras y mecánico respectivamente.

3.- Se destaca que 17,5 % de los adultos mayores no tienen pensión, de los cuales el 10 % no recibe ayuda económica familiar y el 7,5 % si la recibe. Así mismo el 82,5 % de los adultos mayores tienen pensión, siendo el 60 % procedente del IVSS, el 15 % de la alcaldía, el 2,5 % de la gobernación, y el 5 % de otros organismos. Y por lo tanto el 20 % recibe ayuda económica familiar.

4.- Lo adultos mayores de acuerdo a sus respuestas en la variable afectividad en su factor emociones y en su indicador emociones positivas, en la **emoción alegría** el 57,5% manifiesta estar totalmente en desacuerdo en no sentirse contento, el 37,5 % está en desacuerdo, sumando un 95 % que no se siente estar contento debido a no poder realizar las actividades cotidianas, pudiendo sentirse como una persona inútil en su hogar; así mismo, el 82,5% manifiestan estar en desacuerdo cuando su grupo familiar no lo dejan realizar las actividades cotidianas en su hogar.

Por otro lado los adultos mayores en un 70 % están en desacuerdo en sentirse alegre cuando los miembros de su comunidad no los toman en cuenta para realizar actividades recreativas. En la **emoción satisfacción motivacional**, el 52,5 % manifiesta estar en desacuerdo cuando no puede realizar las actividades cotidianas en el hogar, el 80 % manifiesta estar en desacuerdo cuando no lo deja su familia realizar actividades en el hogar, El 67,5 % manifiesta estar en desacuerdo en no sentirse motivado cuando los miembro de su comunidad no lo dejan participar en actividades

5.- En la **emoción agradecimiento**, el 42,5 % manifiesta estar en desacuerdo en sentirse agradecido ante Dios por no realizar las actividades cotidianas, el 60 % manifiesta estar en desacuerdo en sentirse agradecido con su grupo familiar por no dejarlo realizar actividades en su hogar, el 75 % manifiesta estar en desacuerdo en sentir agradecimiento cuando la comunidad no lo dejar participar en actividades. En la **emoción serenidad**, los adultos mayores están en desacuerdo en un 47,5 % en sentirse tranquilo si no pueden realizar actividades cotidianas en el hogar, aumentando a un 70 % de desacuerdo cuando la familia no lo dejan realizar actividades en su hogar, y a nivel de la comunidad en un 57,5 % están en desacuerdo en no sentirse tranquilo cuando no lo dejan participar.

6.- Lo adultos mayores de acuerdo a sus respuestas en la variable afectividad en su factor emociones y en su indicador emociones negativas, en la **emoción miedo**, 42,5 % totalmente de acuerdo en sentir temor cuando no pueden realizar las actividades

cotidianas, así mismo 30 % manifiesta totalmente de acuerdo en tener temor de que su familia lo deje de querer por edad avanzada, igualmente están de acuerdo en un 37,5 % en tener temor porque los miembros de la comunidad no los tomen en cuenta por ser persona de edad avanzada. **En la emoción Ira**, los adultos mayores están de acuerdo en un 42,5 % en sentirse enfadado cuando no pueden realizar actividades cotidianas, así mismo están de acuerdo en un 37,5 % en enfadarse cuando los miembros de su familia no los dejan participar en alguna actividad, y cuando la comunidad no lo deja participar en alguna actividad el 35 % está en desacuerdo en sentirse enfadado, observándose que el 22,5% le es indiferente si lo toman en cuenta o no.

7.- En la **emoción vergüenza**, el 55 % de los adultos mayores están de acuerdo cuando no pueden realizar actividades cotidianas, así mismo están de acuerdo en un 42,5 % en sentir vergüenza en su grupo familiar cuando no pueden realizar actividades en su hogar; y con los miembros de la comunidad están de acuerdo en un 40% en sentir vergüenza cuando no pueden realizar alguna actividad comunitaria. En la **emoción tristeza**, el 77,5 % de los adultos mayores están de acuerdo en sentirse triste cuando no pueden realizar actividades cotidianas, cuando su familia no los dejan participar en su hogar en alguna actividad en un 62,5 % están de acuerdo en sentir tristeza, y cuando la comunidad no los dejan participar en alguna actividad están de acuerdo en un 55% de sentirse triste. En la **emoción repugnancia**, los adultos mayores están en desacuerdo en un 77,5 % en rechazar realizar actividades por sentirse limitado físicamente, así mismo manifiestan que están en desacuerdo en un 77,5 % en sentirse rechazado por su grupo familiar por ser de edad avanzada, El 60 % manifiesta estar en desacuerdo en sentirse rechazado por su grupo comunitario por edad avanzada.

8.- en la variable prácticas de autocuidados, en su indicador **actividades básicas de la vida diaria**, los adultos mayores demostraron ser independientes para realizar sus actividades básicas en un 100 %, salvo cuando se realizan arreglos en las uñas tanto de las manos como de los pies un porcentaje muy pequeño de 12,5 % y 27,5 % respectivamente necesitan ayuda,

9.- En las **actividades instrumentales de la vida diaria**, los adultos mayores son independientes también para realizar sus actividades, algunos necesitan ayuda como para utilizar el teléfono 5%, utilizar el transporte 5%, preparar la comida 10%, tomar medicina 7,5 % con ayuda, hasta para lavar su ropa lo hacen sin ayuda 55%, 32 % no lo realiza por que sus hijas se la lavan y los hombres 32 % no lo realizan, destacándose que 62,5 % realiza labores de limpieza en su hogar.

10.- Se comprueba la hipótesis general de que si existe relación estadísticamente significativa entre la Variable Afectividad en el adulto mayor y las prácticas de autocuidado, dado que a mayor relación afectiva de los adultos mayores a nivel personal, en la familia y en la comunidad más efectiva serán las prácticas de autocuidado para su desenvolvimiento.

11.- Se comprueba la Hipótesis Especifica N° 1, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Positivas y el Indicador Actividades Básicas de la Vida Diaria, dado que a mayores reacciones emocionales vivenciales del adulto mayor a nivel personal, familiar y comunitario para sus buenos actos, mayor será la auto atención en sus funciones básicas de la vida diaria.

12.- Se comprueba la Hipótesis Especifica N° 2, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Positivas y el Indicador Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, dado que a mayores reacciones emocionales vivenciales del adulto mayor a nivel personal, familiar y comunitario para sus buenos actos, mayor funciones imprescindibles realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida.

13.- Se comprueba la Hipótesis Especifica N° 3, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Negativas y el Indicador Actividades Básicas de la Vida Diaria, dado que a pesar de reacciones emocionales

negativas que tenga el adulto mayor ante cualquier evento a nivel personal, familiar y comunitario para ejecución de sus actos cotidianos, este tendría funciones de autoatención para su desarrollo normal de la vida.

14.- Se comprueba la Hipótesis Especifica N° 4, de que si existe relación estadísticamente significativa entre el Indicador Emociones Negativas y el Indicador Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, dado que a pesar de reacciones emocionales negativas que tenga el adulto mayor ante cualquier evento a nivel personal, familiar y comunitario para ejecución de sus actos cotidianos, mayor funciones imprescindibles realiza el adulto mayor para su desarrollo normal de la vida.

RECOMENDACIONES:

En vista de que carecen de planificación para que los adultos mayores realicen actividades cotidianas a nivel familiar y recreativo en la comunidad, se plantean las siguientes recomendaciones:

1.- Que se planifiquen tareas con el grupo familiar para que los adultos mayores puedan realizar sus actividades cotidianas en el hogar y así manejar sus emociones cuando se les presenten dificultades que obstaculicen sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

2.- Que se desarrollen programas educativos para los miembros de la familia de los adultos mayores, que generen cambios positivos para el desenvolvimiento intrafamiliar de acuerdo a las capacidades básicas de cada uno.

3.- Que los miembros de la comunidad ejecuten programas educativos a nivel preescolar donde se describan los cambios propios del proceso de envejecimiento en los adultos mayores y de esta manera pueda comprender la población desde temprana

edad la importancia y capacidades que tienen los adultos mayor involucrándolos en la realización de actividades recreativas.

4.- Que se planifique en la comunidad actividades recreativas para los adultos mayores a través y con el apoyo del consejo comunal.

5.- Que por medio de la Universidad de Carabobo en la carrera de enfermería tanto a nivel de pre y postgrado realicen pasantías en la comunidad para incentivar a los miembros de estas, en relación a la reinserción de los adultos mayores en actividades recreativas que mejoren su desarrollando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ARROYO M. y SOTO L. (2013). **La dimensión emocional de hombres y mujeres mayores que envejecen con enfermedad y dependencia.** Durango. México
- AVERIL, J.R. (1980). **On the paicity of positive emotions.** En K. R. Blankstein, P. Pliner y J. Piliavj (Eds.): *Assessment and modification of emotional behavior* (pp. 7-45). London: Plenum Press.
- AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (1998). **Optimismo inteligente.** Madrid: Alianza Editorial.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G. (1983). **Terapia cognitiva de la depresión y tristeza.** Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BISQUERRA, R. (2000). **Educación emocional y bienestar.** Barcelona: Praxis.
- CALDERON B. (2011) Situación Socio afectiva de los Adultos y Adultas Mayores del Instituto nacional de Servicios Sociales José Ignacio del Pumar Ciudad Barinas.
- CENTRO DE PSICOLOGÍA GERONTOLÓGICA CE PSIGER (2010).
- DARWIN, Charles (1872) **La expresión de las emociones en los animales y el hombre.** Australia.
- CHÓLIZ, Mariano. (2005). **Psicología de la Emoción: el proceso emocional.** España. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia. Pág. 1-33. Recuperado el 20 de setiembre de 2005 en: www.uv.es/=cholz
- EVANS, D. (2002). **Emoción: La ciencia del sentimiento.** Madrid: Taurus.
- FRANKLIN Benjamin (2015). UNIVERSO DE EMOCIONES “**Lo que empieza en cólera acaba en vergüenza**”.
- FREDRICKSON Bárbara (2005). **Teoría de la Ampliación y Construcción de Emociones Positivas.**
- FERNÁNDEZ y otros (2002) **Emociones y Salud.** Barcelona. España.
- FOUACULT M. (1987). **Historia de la sexualidad: la inquietud de sí.** México: Siglo XXI.
- GARCIA y otros (2005) **Psicología General.**” 2da Edición. Editorial Fundaca.

- GIULIANIEL M (2012), “**Las emociones y su regulación en adultos mayores: un recorrido teórico integrativo.**” Universidad Mal de Plata. Argentina.
- GOLEMAN, D. (1996). **La inteligencia emocional.** Buenos Aires: Vergara.
- GONZÁLEZ M.P., BARRULL E., PONS C. y MARTELES P., (2005). **Las Emociones.** Madrid,. España.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE 2010).
- PALMERO, F., FERNÁNDEZ-ABASCAL, E., MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F. y CHÓLIZ, M. (Coords.). (2002). **Psicología de la Motivación y la Emoción.** Madrid: McGraw-Hill
- HOGSTEL, M (1998). **Enfermería Geriátrica.** Editorial Paraninfo. España.
- LABARCA C. y ÁVILA X. (2012.). **Sentido del humor en el adulto mayor.** Universidad Rafael Urdaneta.
- LARRÚ B. Juan Y RAMOS G. María (2008). **La afectividad: una aclaración terminológica** (I parte). España.
- LAZARUS, S. R. (1991). **Emotion and Adaptation** . Oxford University Press.
- LERSCH, P. y SERRE R (1966): **La Estructura de la Personalidad.** Barcelona, Scientia.
- LIZCANO C y CERQUERA, A. (2013). **Fortalecimiento de los lazos afectivos entre los adultos mayores del C.B.A. de Floridablanca y su familia.** Colombia, Bucaramanga.
- LYUBOMIRSKY, S. (2008). **La ciencia de la felicidad.** Un método probado para conseguir el bienestar. México: Ediciones Urano.
- LYUBOMIRSKY, S., KING, L. y DIENER, E. (2005). **The benefits of frequent positive af-fect: does happiness lead to success? Psychological Bulletin**, 131(6), 803-855.
- KICKBUSCH, Ilona. (1996). **El autocuidado en la promoción de la salud: una antología.** Publicación científica # 557. Washington: OPS.
- MASSON. Barcelona, Mosby y Dayma. (2005). **Libros Grontologia y Geriatria.** España. Editorial..

- MARRINER y TOMEY (1994). **Modelos y teorías en enfermería**, tercera edición, española.
- MORUNO, P. (2006). **Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria**.
- NUÑEZ, R. Ariel Cesar, et al. (2000). **Compiladores. Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias**. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas. Colombia.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU - DESA) (2006).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008).
- ORTONY, A. (1988). **Son metáforas conceptuales emoción o léxica? La cognición y la emoción**, 2, 95-103.
- PHANEUF P. y Otros. (2014). **Definicion. de: Definición de serenidad** (<http://definicion.de/serenidad/>)
- PETERSON, C. & SELIGMAN, M.P. (2004), **Character Strengths and Virtues: a handbook and classification**. Washington D.C.: American Psychology Association.
- POLETTI Rossete. (1980). **Cuidados de enfermería, tendencias y conceptos actuales**. Primera edición, Barcelona España.
- RAMIREZ O., y HENRRIQUEZ E. (2010): **Conducta del adulto mayor hacia las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y su estilo de vida saludable**. Venezuela.
- REED, K. L. y SANDERSON, S. (1980). **Concepts of Occupational Therapy**. Baltimore:
- REYES, T y otros (2002). **Salud en la tercera edad y calidad de vida**. Colón Matanzas- Cuba.
- SALOVEY y MAYER (1990). **Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality**, 9, 185-211.
- SANDÍN, B. y CHOROT, P. (1995). **Concepto y categorización del miedo y de los trastornos de ansiedad**. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología: Vol. 2(pp. 53-80). Madrid:McGraw-Hill.
- SELIGMAN, M.E.P. (2002). **La auténtica felicidad**. México: Ediciones B

URIBE, J. Tulia María. (2009) **El autocuidado y su papel en la promoción de la salud**. Obtenido en la Red el 9 de febrero/03:
<http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>. Revisado Agosto 2016.

VECINA J., M.L. (2006). **Emociones positivas**. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.

WEINER, B. (1986) **And Attributional Theory of Motivación and emotion**. New York. Springer- Verlang.

WHYBROW, P.C., Akiskal, H.S. y McKinney, W.T.(1984). **Mood disorder: Toward a new psychobiology**. Nueva York: Plenum.

WILLIAMS & WILKINS. Disponible en: **http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf** revisado Agosto 2009.