

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES DE EMPATÍA Y ESPERANZA DEL CUIDADO HUMANIZADO EN UN  
GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN UN HOGAR DE  
LARGA ESTANCIA

Tesis final de graduación sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios  
del Posgrado en Gerontología para optar al grado y título de Maestría Académica en de  
Gerontología

JOHANNA CARVAJAL COTO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Johanna Carvajal Coto, con cédula de identidad 304350375, en mi condición de autor del TFG titulado \_\_\_\_\_

Factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## DEDICATORIA

La vida se encarga de poner a las personas indicadas en el momento adecuado, por eso quiero agradecer a quienes se han cruzado en mi camino, me han impulsado y acompañado a continuar luchando por mis sueños y anhelos. Mi papá, hermanos, pareja, amigos y compañeros han sido piezas e inspiraciones diversas para construir quien soy hoy como persona y profesional.

Mi mamá, me enseñó que toda acción que hacemos debe ser dirigida con dedicación y humildad, que si bien es cierto el conocimiento técnico es fundamental, hay algo crucial que no debemos olvidar nunca... el amor con el que realizamos nuestras acciones, ya sean pequeñas o grandes. Los conocimientos que se adquieren a lo largo de la vida nos construyen en todos los ámbitos, por eso, espero poder servir de la mejor manera a aquellos que se crucen en mi camino.

Este proyecto finaliza y lo dedicó a quien sé hoy no me lee, no me acompaña físicamente, pero también sé que su alma me reconforta, alienta, guía y que su luz siempre brillará en mi camino. A MI MAMÁ, mi mayor inspiración ... Un abrazo y beso al cielo.

## AGRADECIMIENTOS

La culminación de este proyecto no hubiese sido posible sin el apoyo de mis papás, mis hermanos, pareja, amistades y compañeros. Pero Dios se encargó de ponerlos en mi vida, poner en ellos palabras, abrazos y acciones de aliento en momentos de agotamiento... por eso estoy profundamente agradecida.

Del mismo modo, quiero agradecer al personal administrativo y equipo interdisciplinar del centro de larga estancia San Buenaventura, por su anuencia y colaboración para llevar acabo esta investigación. Y especialmente a las cuatro personas adultas mayores participantes, que me permitieron ingresar a su hogar, me trataron de manera familiar, cariñosa y compartieron con alegría y confianza sus vivencias. Este acto tan noble me permitió finalizar este proceso y reflexionar sobre mi quehacer en el ámbito profesional y personal.

Por último, agradezco de corazón a la Dra. Flor Jiménez Segura, por guiarme e instruirme en este largo proceso, así como impulsarme a buscar la excelencia. A la Dra. Roxana Chinchilla Jiménez por sus aportaciones, apoyo y buenos deseos siempre. Y a la Dra. Irma Arguedas Negrini por apoyo incondicional, por llevarme de la mano y escuchar mis múltiples dudas y evacuarlas siempre de manera paciente y con vocación. Las tres formaron el comité asesor ideal para mi, gracias a sus aportes, anuencia y apoyo esta investigación culminó.

Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Académica en Gerontología.

---

M.Sc. Eugenia Córdoba Warner  
**Representante del Decano**  
**Sistema de Estudios de Posgrado**

---

Dra. Flor Jiménez Segura  
**Directora**

---

M.Sc. Irma Arguedas Negrini  
**Asesora**

---

M.Sc. Roxana Chinchilla Jiménez  
**Asesora**

---

Dra. Faridy Helo Guzmán  
**Representante del Director del Programa de Posgrado en Gerontología**

---

Johanna Carvajal Coto  
**Sustentante**

## TABLA GENERAL DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
HOJA DE APROBACIÓN	iv
TABLA GENERAL DE CONTENIDOS	
RESUMEN EN ESPAÑOL	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE CUADROS	
	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
<b>CAPÍTULO I</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
Justificación	2
Problema de investigación	8
Objetivos	8
<i>Objetivo General</i>	8
<i>Objetivos Específicos</i>	8
Estado de la cuestión	9
<i>Investigaciones de ámbito internacional</i>	9
<i>Investigaciones de ámbito nacional</i>	14
<i>Aportes de los antecedentes a la presente investigación</i>	15
<b>CAPÍTULO II</b>	17
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
1. Envejecimiento, vejez y persona adulta mayor	18
2. Vejez en Latinoamérica: Costa Rica	21
3. Redes de apoyo: hogares de larga estancia	26
4. Evolución del cuidado: cuidado humanizado	30
4.1. <i>Cuidado humanizado</i>	33
4.1.1 <i>Factor de empatía del cuidado humanizado</i>	38

4.1.2 <i>Factor de esperanza del cuidado humanizado</i>	41
5. Aporte a la disciplina gerontológica	44
<b>CAPÍTULO III</b>	46
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Estrategia metodológica	47
3.1.1 <i>Enfoque de investigación</i>	47
3.1.2 <i>Método investigativo</i>	48
3.1.3 <i>Definición de categorías</i>	50
3.2 Descripción de la población participante	51
3.2.1 <i>Contextualización del lugar de estudio</i>	53
3.2.2 <i>Consentimiento informado</i>	55
3.3 Técnica para la recolección de la información	55
3.4 Procedimiento para el análisis de la información	57
<b>CAPÍTULO IV</b>	61
<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	
4.1 Categoría Cuidado Humanizado	63
4.1.1 <i>Subcategoría empatía</i>	71
4.1.2 <i>Subcategoría esperanza</i>	73
<b>CAPÍTULO V</b>	78
<b>CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
CONCLUSIONES	79
LIMITACIONES	82
RECOMENDACIONES	83
A la Maestría en Gerontología	83
Al Hogar de Ancianos San Buenaventura	83
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	84
<b>ANEXOS</b>	97
Anexo 1. Consentimiento informado para la validación de guía de tópicos	98
Anexo 2. Consentimiento informado Hogar de Ancianos	101
Anexo 3. Guía de tópicos grupo focal	104

## RESUMEN EN ESPAÑOL

Carvajal- Coto, J. (2023). FACTORES DE EMPATÍA Y ESPERANZA DEL CUIDADO HUMANIZADO EN UN GRUPO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN UN HOGAR DE LARGA ESTANCIA. Tesis para optar al grado y título de Maestría Académica en Gerontología. Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

**Profesora guía:** Dra. Flor Jiménez Segura

La presente investigación es cualitativa, bajo método fenomenológico descriptivo, que utilizó como técnica el grupo focal o de enfoque. La investigación se llevó acabo en el Hogar de Ancianos San Buenaventura, Turrialba; lo cual, permitió conocer la realidad de cuatro personas adultas mayores que residen en dicho hogar. El objetivo general fue “analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia”, a partir del cual surgieron tres objetivos específicos: (1) reconocer el factor de empatía del cuidado humanizado un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, (2) determinar la forma en que el factor esperanza del cuidado humanizado se presenta en las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia y (3) aportar a la comunidad científica nacional e internacional una investigación cualitativa desde una perspectiva gerontológica sobre los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

Se contempló la estrategia metodológica: enfoque de investigación, método investigativo, definición de categorías de ingreso a la investigación, descripción de la población participante, consentimiento informado, técnicas e instrumentos de recolección de la información y procedimiento para el análisis de la información recopilada (Taylor y Bodgan, 1987).

Los principales resultados fueron que hogares de larga estancia responden como estrategias de protección social que solventa necesidades bajo el cuidado humanizado. En relación con el factor empatía del cuidado humanizado, este opera en ambas vías, no es solo de la persona profesional hacia la persona mayor residente; para estas, la empatía también significa colaborar y contribuir en el cuidado de pares.

Por otra parte, en relación con el factor esperanza del cuidado humanizado, se refleja la contraposición de emociones como el miedo a enfermedades ante la esperanza y compasión, lo cual genera confianza para resolver crisis. Este factor es determinado por los caminos que eligen las personas adultas mayores, y esta población es consciente de ello y de que poseen redes de apoyo en caso de que estos caminos no estén claros.



## ABSTRACT

Carvajal-Coto, J. (2023). FACTORS OF EMPATHY AND HOPE OF HUMANIZED CARE IN A GROUP OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN A LONG-TERM HOME. Thesis to qualify for the degree and title of Academic Master in Gerontology. Rodrigo Facio Headquarters, University of Costa Rica.

**Guide teacher:** Dra. Flor Jiménez Segura

The present investigation is qualitative, under a descriptive phenomenological method, which used the focus group as a technique. The investigation was carried out at the San Buenaventura Nursing Home, Turrialba; which, allowed to know the reality of four older adults who reside in said home. The general objective was "to analyze the factors of empathy and hope of humanized care from the experiences of a group of elderly people who reside in a long-term home", from which three specific objectives emerged: (1) recognize the factor of empathy of humanized care in a group of older adults residing in a long-stay home, (2) to determine the way in which the hope factor of humanized care is presented in the experiences of a group of older adults residing in a long-stay home and (3) contribute to the national and international scientific community with qualitative research from a gerontological perspective on the factors of empathy and hope in humanized care based on the experiences of a group of older adults residing in a long-term home.

The methodological strategy was contemplated: research focus, research method, definition of categories of entry into the research, description of the participating population, informed consent, techniques and instruments for collecting information and procedure for the analysis of the information collected (Taylor and Boggan, 1987).

The main results were that long-stay homes do respond as social protection strategies that solve needs under humanized care. In relation to the empathy factor of humanized care, this operates in both ways, it is not only from the professional person to the elderly resident; for them, empathy also means collaborating and contributing to the care of their peers.

On the other hand, in relation to the hope factor of humanized care, the opposition of emotions such as fear of illnesses to hope and compassion is reflected, which generates confidence to solve crises. This factor is determined by the paths that older adults choose, and this population is aware of this and that they have support networks in case these paths are not clear.

## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro 1. Personas participantes de los grupos focales

62

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Matriz de categoría y subcategorías para análisis de la información	59
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

- **CEPAL:** Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- **COVID19:** Enfermedad por coronavirus
- **FODA:** fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas
- **FODESAF:** Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
- **IMAS:** Instituto Mixto de Ayuda Social
- **INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- **JPS:** Junta de Protección Social
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PAHO:** Pan American Health Organization
- **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

## **Justificación**

Actualmente, en el ámbito mundial se han observado modificaciones en la pirámide poblacional que evidencian un aumento en la población adulta mayor; por tanto, consecuencia del incremento en la esperanza de vida, avances en el área de la salud y disminución de la mortalidad y natalidad. Por su parte, el tema de vejez es primordial, principalmente, si se trata de la preparación y adaptación de los sistemas de salud pública y asistencia social, pues buscan condicionar estos para enfrentar los desafíos recientes con base en las necesidades específicas de esta población (De Carli et al., 2012; Sepúlveda, Rivas, Bustos y Ilesca, 2010).

Además, se suman los cambios en el contexto social y cultural inmediato que rodea a la persona adulta mayor, tomando en cuenta las modificaciones en las estructuras familiares tales como los cambios e intercambios de roles de género, ingresos económicos limitados, núcleos familiares pequeños, viudez, soledad y ausencia de una persona cuidadora, son factores que justifican o promueven la residencia de esta población en hogares de larga estancia (Girardon-Perlini, Tambara-Leite, y Furini, 2007; Riscart-Rodríguez, La Rosa-Mustelie y González-Reyes, 2006).

Por tanto, el Estado de Costa Rica formula una serie de estrategias a través de la Política Nacional de Cuidados 2021-2023 que tiene como finalidad integrar la nueva oferta de servicios proporcionada por entidades públicas y privadas a personas en situación de dependencia, con el fin de reducir la brecha demanda- oferta y prestar servicios de calidad, esto por medio de entidades que rigen políticas y dan estructura a las entidades que brindan servicios de cuidado, tal como lo realizan las residencias de larga estancia: hogares y albergues (Solano-Esquivel, R., 2022).

Por su parte, los hogares de larga estancia tienen como propósito el alojamiento temporal o permanente, donde las personas son el centro de atención y buscan satisfacer sus necesidades en un ambiente seguro, el cual cuenta con personal capacitado y sentido de humanización (Blanca-

Gutiérrez, Grande-Gascón y Linares-Abad, 2013).

Aunado a lo anterior, el cuidado se debe ejercer por personas profesionales con responsabilidad, a través de relaciones subjetivas, guiadas por valores altruistas como el respeto que, a su vez, permitan tomar decisiones y resolver problemas respetando la cultura, los valores y las creencias de la persona adulta mayor; con el propósito de conservar y reafirmar la dignidad e integridad entre las partes implicadas (Caro, 2009).

Lo anterior, mediante un ambiente seguro, cómodo, digno y de apoyo para las personas adultas mayores, con el fin de mantener o recuperar su independencia y autonomía, mejorar la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción vital. Así como estabilizar y retrasar el avance y el deterioro producido por las enfermedades crónicas y prevenir enfermedades agudas identificando y tratando estas de manera oportuna (Blanca-Gutiérrez, Grande-Gascón y Linares-Abad, 2013).

Sin embargo, estas relaciones y ambientes están determinados en gran parte por normas estandarizadas que rigen a los hogares de larga estancia y que acarrear consigo modificaciones en el estilo de vida y rol social de la persona adulta mayor, lo cual ocasiona un proceso de adaptación (Lima-Fagundes et al., 2017).

En otras palabras, estas relaciones multidireccionales y recíprocas entre las personas adultas mayores y las personas profesionales que brindan el cuidado se ven afectadas por el recargo de funciones, pocos recursos humanos, bajos presupuestos, poca capacitación para atender este tipo de población, incremento de la población que reside en el hogar, tipo de atención que se suministra, carencia de normas eficaces y poca priorización de la persona cuidadora a largo plazo (Cirilo-Gonçalves et al., 2015; OMS, 2015; Blanca-Gutiérrez et al., 2013).

Sumado a lo anterior, se puede añadir que durante los siglos XIX y XX se han asistido a las personas con profesionalismo y especialización, debido a la exigencia de conocimientos técnicos, pero como resultado, la deshumanización del cuidado efecto de la priorización a la parte física, así como a la eficiencia y efectividad de la gestión sanitaria (Solís García del Pozo, 2018).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) refleja que el cuidado en los hogares de larga estancia dan énfasis a la satisfacción de necesidades básicas, por tanto, ocasiona que la persona adulta mayor sea un ente pasivo, receptor de cuidado, lo que no garantiza su bienestar, respeto, dignidad y seguridad.

Lo anterior, repercute en el número de denuncias ante el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) sobre temas institucionales, las cuales representan la segunda causa de consulta entre el año 2014 y 2018 (Brenes-Camacho, Masís-Fernández. y Rapso-Brenes, 2020).

En consecuencia, surgen movimientos, a lo largo de la historia, que buscan renovar el cuidado, enfatizando en una perspectiva humanizada, que redefine los cuidados a largo plazo, ya que centra su atención en el cuidado que acepta a la persona como es, mediante relaciones subjetivas, que toman en cuenta aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales para satisfacer necesidades y promover el bienestar (Abades-Porcel, 2007; Llanes-Betancourt, 2007; Solís García del Pozo, 2018).

De acuerdo con Solís García del Pozo (2018) “se trata de que los profesionales sanitarios no solo sean buenos técnicos en su trabajo, sino que además desarrollen habilidades que permitan relacionarse con los pacientes de una forma que se corresponda con su dignidad de persona humana” (p. 265).



Por ende, es indispensable realizar investigaciones que contemplen a la persona adulta mayor como ente activo, que interacciona con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado. Factores de un cuidado que es auténtico, recíproco e implica comprensión en el proceso de vivir, por medio de prácticas donde es donador y receptor (Correa-Zambrano, 2015).

Además, da énfasis a las relaciones dinámicas que permiten identificar y satisfacer necesidades subjetivas que se priorizan para generar bienestar, considerando la naturaleza humana, comunicación e interacción. Las personas profesionales deben desarrollar habilidades transversales que rompen con el sistema tradicional sanitario, competencias no técnicas que permitan satisfacer necesidades generales de la persona. Humanizar es algo intrínseco, implica la acción de hacer familiar a alguien o algo, así como comprender y ser compasivos (Heras la Calle, Nieto, De Argenta, 2017).

En otras palabras, cuidado humanizado implica mostrar interés y poner atención en una relación paralela y recíproca que involucra actos voluntarios e intencionales que pretenden transformar, reconstruir y comprender el proceso de vida respetando los derechos e integridad propios de la persona. Esta relación debe romper la formación biomédica, el autoritarismo y la cosificación (Correa-Zambrano, 2015).

De acuerdo con Correa-Zambrano (2015, p. 1229) “humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos.”

Por lo anterior, es indispensable preparar a las personas profesionales y sensibilizar sobre la atención humanizada, que permita construir una atención integral que involucre ética y valores. Desde el punto de vista de la hermenéutica humanizar significa “la reorganización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con

la realización de valores humanos. Humanizar visa el proceso de subjetivación para producir cuidados en salud combatiendo la despersonalización y el reconocimiento y respeto al otro con distinción cultural” (Correa- Zambrano, 2015, p. 1229).

Así, lo sostiene Heras la Calle, Nieto, De Argenta (2017) “humanizar también significa personalizar la asistencia, escuchando lo que necesitan pacientes y familiares... El cuidador requiere competencia profesional y formación, pero también individualidad, emoción, solidaridad, sensibilidad y ética. Precisa de grandes dotes de comunicación y habilidades para relacionarse: empatía, escucha activa, respeto y compasión” (p. 4).

La humanización del cuidado en salud considera a la persona de manera integral y por ende, identifica y responde a necesidades específicas. En consecuencia el cuidado es coherente con los derechos y valores humanos.

Dicho de otro modo, esta atención de cuidados a largo plazo gira alrededor de las necesidades y preferencias de las personas adultas mayores, lo que genera un bien público que toma una perspectiva positiva y proactiva. No obstante, la empatía y esperanza están ligadas a la ética del cuidado, ya que no es, únicamente, ayudar a una persona a satisfacer sus necesidades, sino un medio activo para cultivar la sensibilidad y mantener una relación de ayuda que comprende un valor moral y rasgo necesario que se utiliza de manera no discriminatoria (OMS, 2015; Kathleen, 2014).

Es decir, el factor de empatía del cuidado humanizado considera a la persona adulta mayor como una persona y no como un objeto; lo que implica la comprensión de una situación que se vive, sin perder la propia identidad e involucra la disposición de atención por medio de la comunicación efectiva, por ello, el factor de esperanza, que está orientada al estado motivacional que hace consciente a la persona adulta mayor que posee la energía suficiente para conseguir un objetivo específico en dicha relación de cuidado (Oliver, Galiana, Sancho y Tomás, 2015; Furstenberg, 2015).

En resumen, la presente investigación es pertinente, pues proporciona conocimientos con una perspectiva humanizada, donde se da importancia a la persona adulta mayor, considerándola como un ente activo en relación con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado. Por tanto, da relevancia a la subjetividad como eje central en la investigación, ya que proporciona conocimientos y teoría desde su propia perspectiva, lo cual contribuye al quehacer gerontológico.

## **Problema de investigación**

¿Cómo se experimentan los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia?

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

- Analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

### *Objetivos Específicos*

- Reconocer el factor de empatía del cuidado humanizado un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.
- Determinar la forma en que el factor esperanza del cuidado humanizado se presenta en las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.
- Aportar a la comunidad científica nacional e internacional una investigación cualitativa desde una perspectiva gerontológica sobre los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

## **Estado de la cuestión**

De acuerdo con el tema de estudio se encuentran investigaciones en el ámbito internacional y nacional, las cuales aportan información relevante a los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias en un grupo de personas adultas mayores. Dentro de las principales investigaciones que aportan datos de importancia se mencionan:

### ***Investigaciones de ámbito internacional***

Según, Jijón-Vásquez, y Blanco (2018) en su investigación titulada ***“Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica”***, bajo el paradigma cuantitativo, utiliza como métodos la investigación participante y la encuesta. Por su parte, el objetivo es fortalecer el cuidado de la salud de las personas adultas mayores de la unidad gerontológica Pimampiro, mediante la sensibilización y capacitación del personal y familiares. Los principales resultados que se obtienen son el fortalecimiento de la atención de este grupo poblacional, a partir de la capacitación a personas cuidadoras y el personal de salud, generando confiabilidad en la atención recibida y sensación de bienestar en las personas usuarias.

Por otra parte, Leite-Mendeiros, Galdino-Félix, y Lima da Nóbrega, realizan una investigación en el 2016, denominada ***“Processo Clinical Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados”***, investigación bajo el paradigma cualitativo, que utiliza como método el taller. El objetivo es describir la utilización del Proceso Clinical Caritas, mediante talleres para personas cuidadoras de personas adultas mayores que residen en instituciones de larga estancia, con el fin de buscar analizar la percepción de las personas profesionales sobre el cuidado humano. Los principales resultados obtenidos son que cuidan con amor, bondad, equidad, respeto y autenticidad, pero, los invade sentimientos de cansancio, estrés, preocupación y dificultad para lidiar con la muerte y situaciones difíciles. Sin embargo, están anuentes a la necesidad de cultivar consciencia en la práctica para favorecer la autonomía.

De igual manera, se puede mencionar la investigación realizada por Moré-Corral, en el 2016 denominada ***“Cuidados ‘en cadena’: cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores”***, bajo el paradigma cualitativo, que hace uso del método de entrevista a profundidad y observación participante. Su objetivo es analizar los efectos que tiene la organización social del trabajo de cuidados, tanto a nivel social como en los propios centros. Los resultados obtenidos son que el cuidado es proceso de trabajo estandarizado que se fragmenta en tareas, se reparte en equipos y se organiza según un horario. Además, las personas trabajadoras resienten la falta de personal y tiempo.

Asimismo, Beltrán- Salazar, realiza una investigación en el 2015 llamada ***“Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y relatividad”***, investigación bajo el paradigma cualitativo, que utiliza la entrevista en profundidad como método. El objetivo es comprender el significado del cuidado humanizado de enfermería en la experiencia de las personas participantes, personal de enfermería, personas usuarias y sus familias. El principal resultado es que la confianza está determinada por la experiencia que atraviesa la persona. Y que la confianza pasa por varias etapas tales como: conocer los problemas y decidir intervenciones de acuerdo con las preferencias de las personas sin omitir los principios éticos, habilidades sociales y comunicativas; así como la empatía, compasión, interés y aprecio mutuo deja huella en las personas que reciben el cuidado.

Por su parte, Oliver, Galiana, Sancho y Tomás, ejecutan una investigación en el 2015 nombrada ***“Espiritualidad, esperanza y dependencia como predicadores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor”***, bajo el paradigma cuantitativo que utiliza como método la encuesta. El objetivo es analizar algunos predictores de la calidad de vida en personas adultas mayores, diferenciando entre mayores jóvenes o muy mayores. Los principales resultados obtenidos son que las dimensiones de espiritualidad, significado, paz y esperanza se relacionan positivamente con la satisfacción. La fe solo tiene un efecto significativo en las personas muy mayores y una buena espiritualidad tiene efectos positivos en la salud percibida.

Además, Melo de Oliveira, Alves- Rozendo, hacen una investigación en 2014 llamada ***“Instituição de longa permanência para idosos: Um lugar de cuidado para quem não tem opção”***, bajo el paradigma cualitativo que utiliza el método de entrevista narrativa. El objetivo es comprender el significado de vivir en una institución a largo plazo. Los principales resultados son que al residir en un hogar de larga estancia se pierde la autonomía y se vuelve una persona pasiva. Sin embargo, la institución es considerada como un lugar donde pueden ser cuidados, satisfacen sus necesidades básicas, tienen acceso a servicios de salud y es un lugar para envejecer y morir.

También, Beltrán- Salazar realiza una investigación en el 2014, denominada ***“Las instituciones de salud no favorecen el cuidado. Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él”***, investigación bajo el paradigma cualitativo, que utiliza la entrevista a profundidad. Su objetivo es comprender el significado de cuidado humanizado en las personas que participan directamente. Los principales resultados son que la institución no favorece un cuidado humanizado, ya que se centra en la consecución de ganancias y productividad, pues las personas velan por el interés institucional, por tanto, suma los pocos recursos para una atención adecuada y sobrecarga de funciones en las personas que brindan el cuidado.

Asimismo, Arroyo-Rueda, y Soto-Alanís, realizaron una investigación en el 2013, llamada ***“La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores”***, bajo el paradigma cualitativo, que utiliza como métodos la entrevista a profundidad, la observación participante y la ficha de identificación personal. El objetivo principal es mostrar la dimensión emocional en personas adultas mayores que envejecen con una enfermedad y dependencia. Los principales resultados son que experimentan emociones de ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, desesperanzada, tristeza y depresión relacionadas por la experiencia de la enfermedad y deterioro en sus funciones. Sin embargo, se contraponen a la esperanza, gratitud y compasión hacia las personas que les brindan cuidado.

Igualmente, Stefani, Hermida, Tartaglini, Pereyra-Girardi, Ofman, y Cófreces, realizan una investigación en el 2013, nombrada ***“Influencia de la esperanza en la participación social del adulto mayor”***, bajo el paradigma cuantitativo, que utiliza como método el cuestionario, test e inventario. Su objetivo es evaluar el papel que cumple la experiencia de la esperanza en el comportamiento social de la persona adulta mayor. El principal resultado es que las personas que manifiestan un alto nivel de esperanza tienden a participar con mayor intensidad en actividades físicas, sociales, espirituales y recreativas.

Por un lado, Blanca-Gutiérrez, Grande-Gascón y Linares-Abad, hacen una investigación en el 2013 llamada ***“Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las “díadas de intercambio”***, investigación bajo el paradigma cualitativo, que utiliza como método la entrevista y guión de apoyo. Su objetivo es estudiar las experiencias vitales y el proceso de adaptación social de las personas mayores que viven en hogares de larga estancia. Dentro de los principales resultados se determina una situación de intercambio, donde la persona adulta mayor cede su libertad, tiempo, relaciones familiares, propiedad privada, aceptación y responsabilidades económicas a cambio de seguridad, apoyo, acompañamiento y compartir áreas en común que brinda la institución.

Aunado a lo anterior, De Carli, Kolankiewicz- Bernat, Loro, Schmidt- Piovesan, Sonego-Gomes y Stumm, realizan una investigación en el 2012 denominada ***“Sentimientos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar”***, bajo el paradigma cualitativo, que utilizó el método de entrevista. El objetivo es conocer las experiencias de las personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia. Los resultados de mayor relevancia son que el hogar les da seguridad y amparo; sin embargo, enfrentan una serie de adaptaciones relacionadas a la convivencia, control de emociones, aislamiento, pérdidas de identidad y ausencia de ambiente familiar y de familiares.



También, Blanca-Gutiérrez, Linares-Abad, Grande-Gascón, Jiménez-Díaz e Hidalgo-Pedraza, realizan una investigación en 2012, llamada ***“Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo”***, bajo el paradigma cualitativo, que utiliza como método el análisis de metadatos. El objetivo es describir el tipo de cuidado e interacción que requieren las personas adultas mayores del personal de enfermería. Dentro de los principales resultados se encuentran que la persona cuidadora debe ser respetuosa y competente, que debe atender las necesidades de manera rápida, sin embargo, esto no es posible por la escasez de personal, la capacitación académica y reemplazo constante del personal. El respeto por los valores propios fomenta una relación positiva que contribuye a la salud mental.

En comparación con Da Silva-Freitas, y Vilar-Noronha, que ejecutan una investigación en el 2010 denominada ***“Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado”***, bajo el paradigma mixto, que utiliza como métodos la observación etnográfica y la entrevista. El objetivo es discutir el cuidado proporcionado a la persona adulta mayor que reside en la institución de larga estancia. Los principales resultados son que reciben cuidado por personal médico, de enfermería, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y odontología; que brindan servicios de higiene, prescripción y administración de medicamentos, alimentación, apoyo en actividades y observación de evolución de condiciones de bienestar y autonomía.

Del mismo modo, se revisa la investigación realizada en el 2007 por Llanes-Betancourt, titulada ***“Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba”***, investigación bajo el paradigma cuantitativo, que utiliza como método la revisión bibliográfica y la encuesta. Su objetivo es valorar el carácter humano y ético de la atención integral a la persona adulta mayor en Cuba. Los resultados obtenidos son que en los sub-programas no se resta autonomía y que manifiestan la beneficencia, es decir, escuchar de manera minuciosa lo que dice la persona, respetando su cultura y costumbres.

### ***Investigaciones de ámbito nacional***

Desde otro ángulo, el ámbito nacional cuenta con escasas investigaciones relacionadas con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado hacia la población adulta mayor que reside en hogares de larga estancia, sin embargo, se realiza una revisión a tres proyectos de tesis, los cuales aportan datos relevantes a la presente investigación.

Inicialmente, se puede mencionar a González-Rivera, A, quien en 2010 elabora su proyecto de tesis para optar por el posgrado de Geriátría y Gerontología de la Universidad de Costa Rica, llamada ***“Propuesta Modelo de Atención en Salud para el Hogar de Ancianos Alfredo y Delia González Flores”***. Esta investigación se realiza bajo el paradigma cuantitativo, que utiliza como método el test. El objetivo es establecer las condiciones de salud de los residentes, mediante la Valoración Geriátrica Integral que permita plantear un Modelo de Atención en Salud. Los principales resultados son que el 36% requiere de ayuda para las actividades de la vida diaria, el 63% tiene un deterioro cognitivo moderado, el 3,8% muestra una probable depresión, el 97% utilizan al menos un medicamento crónico, el 68% tiene cuatro o más enfermedades crónicas, del 47% de las personas que pueden caminar al menos se han caído una vez en los seis meses anteriores al estudio y el 4,2% tiene úlceras por presión.

Desde otra perspectiva, se puede mencionar a Campos-Calderón, S. y Villalobos-Zúñiga, X., quienes realizan su proyecto de tesis para optar por el grado de licenciatura en la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, en el 2008, denominada ***“Percepción de las necesidades humanas de la población adulta mayor del Hogar para Ancianos de San Ramón: propuesta de intervención desde el trabajo social para su satisfacción”***, investigación bajo el paradigma cualitativo, que utiliza como método la entrevista a profundidad. Su objetivo es analizar la percepción que la población adulta mayor para construir una propuesta de intervención desde el Trabajo Social. Los principales resultados son las necesidades de subsistencia y seguridad están satisfechas; sin embargo, las necesidades sociales como la compañía, participación en actividades y el afecto están ausentes. Además, hay debilidades en las

relaciones sociales y la dependencia física y psicológica es alta, debido al deterioro del estado de salud.

En cambio, Benedit-Chavarría, E. y Gutiérrez -Arias, J., elaboran su proyecto de tesis para optar por el grado de licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica en el 2005, llamada *“Conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el personal para satisfacer las necesidades de atención integral de salud de las personas adultas mayores: Hogar para Ancianos de San Ramón”*, bajo el paradigma cualitativo, utilizan como métodos la entrevista y observación. El objetivo es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el personal para satisfacer las necesidades de atención integral de salud. Dentro de los principales resultados está que las necesidades de nutrición, sueño y descanso están satisfechas, pero poseen debilidades en cuanto a recreación, información sobre derechos y oportunidades de educación.

#### ***Aportes de los antecedentes a la presente investigación***

Con base en lo anterior, se puede sintetizar que se indaga un total de 17 investigaciones, de las cuales 14 corresponden al ámbito internacional y únicamente 3 al ámbito nacional, por tanto, se puede concluir que en dichas investigaciones el paradigma más utilizado es el cualitativo y las entrevistas son el método más empleado para cumplir con los objetivos y responder al problema de investigación. Por su parte, las investigaciones bajo el paradigma cuantitativo utilizan en mayor cantidad el cuestionario y encuesta como métodos de investigación.

A grandes rasgos, las investigaciones evidencian que el cuidado se brinda según los conocimientos de la persona que lo proporciona, pero es indispensable la sensibilización y capacitación del personal, con el fin de generar confianza en la atención brindada y, en consecuencia, la percepción de bienestar. Sin embargo, no se puede omitir que lo mencionado con anterioridad es complejo, debido a las múltiples demandas organizacionales y de estructura propias de los hogares de larga estancia (Jijón-Vásquez, y Blanco, 2018; Moré-Corral, 2016).

Además, si bien es cierto, actualmente, el equipo multidisciplinar cuenta con alto conocimiento técnico, al parecer gran parte carece de habilidades sociales para satisfacer demandas no físicas. Así lo sostiene Heras la Calle, Nieto, De Argenta, 2017 “la humanización tenía que ver con la propia concepción del sistema, la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, la competencia profesional y otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles...” (p. 5).

Por otra parte, el personal que labora en los hogares de larga estancia reconoce la importancia de la beneficencia y las relaciones interpersonales basadas en respeto y equidad, pero centran el cuidado, principalmente, en la satisfacción de necesidades físicas y no las sociales tales como el acompañamiento. Lo anterior, originado en gran parte por las demandas de conocimiento técnico y especialización del cuidado (Lima-Fagundes et al., 2017; Cirilo-Gonçalves, Alves- Azevedo, da Silva y do Nascimento-Souza, 2015; Blanca-Gutiérrez, Grande-Gascón y Linares- Abad, 2013).

Aunado a lo anterior, estas situaciones repercuten en la percepción de pérdida e insatisfacción de necesidades individuales por parte de las personas adultas mayores, ya que su vida social debe adaptarse a un entorno regido por reglas, horarios y personal no familiar; donde ceden aspectos cruciales de su vida por otros que brindan los hogares de larga estancia (Blanca-Gutiérrez et.al, 2013).

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

El presente capítulo incluye aspectos fundamentales en relación con el envejecimiento, vejez, persona adulta mayor, hogares de larga estancia, el cuidado, el cuidado humanizado y factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado; información relevante que sustenta la presente investigación por medio de una revisión bibliográfica.

### **1. Envejecimiento, vejez y persona adulta mayor**

El envejecimiento es un proceso natural, individual, dinámico y único en cada persona, perdura durante todo el ciclo vital, es decir, inicia con la concepción y finaliza con la muerte. Es inherente al ser humano y está marcado por una serie de etapas o movimientos sucesivos, dependientes entre sí, que se ven influenciados por factores demográficos, sociales y culturales (Alvarado- García y Salazar- Maya, 2014).

Asimismo, lo sustenta Rodríguez- Pérez (2016) al hacer referencia a la Ley No 9394, que define envejecimiento como un “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico- sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (p. 6).

Este proceso es el resultado de los cambios celulares que se atenúan con el paso del tiempo, en consecuencia, reducen las reservas biológicas y disminuyen la capacidad de la persona. Sin embargo, estos cambios no son uniformes, ya que dependen de mecanismos aleatorios y de factores intrínsecos y extrínsecos. Es decir, el conjunto de capacidades físicas y mentales que posee una persona, sumado a los factores del mundo exterior que incluye relaciones con otras personas, sistemas sociales, políticas y demás con los cuales las personas interactúan (Ministerio de Salud, 2018).

Aunado a lo anterior, en el afán por comprender el proceso de envejecimiento, se han creado diversas teorías que buscan explicar los cambios que surgen a lo largo del ciclo vital, tales como la teoría biológica que se enfoca en el desgaste natural de los sistemas del cuerpo que

provocan de manera paralela el declive de funciones físicas y cognitivas, consecuencias del deterioro orgánico y celular inevitable, es decir, el envejecimiento primario. Y el secundario consecuencia de las enfermedades (Zetina-Lozano, 1999).

Por su parte, se encuentra la teoría psicológica que se centra en aspectos cognitivos y en la dualidad de los ocho estadios que se enfrentan durante el ciclo vital y, por último, la teoría social que establece una reducción en actividades y compromisos (OMS, 2015; Alvarado-García y Salazar-Maya, 2014).

Para fines de esta investigación se amplía, únicamente, la teoría social sobre el envejecimiento. Esta teoría se enfoca en la asignación de valores, comportamientos y roles asignados a la etapa de la vejez que a su vez son influenciados por normas sociales, factores culturales e históricos. Las construcciones sociales determinan el valor que se da a la vejez y la vida humana, en el caso de América Latina estas construcciones tienden a la exclusión (Dulcey-Ruiz, 2015).

Esta teoría evidencia la importancia de las relaciones sociales como redes dinámicas que cambian con el paso de la vida. De acuerdo con la Antonucci, Birditt y Ajrouch (2011) mencionado por Dulcey-Ruiz (2015) el modelo convoy de las relaciones sociales reconoce la necesidad de relaciones interpersonales que moldean la vida y determinan en gran parte el bienestar y la salud de las personas, pues las redes de apoyo brindadas por otras personas en situaciones de estrés o crisis determinan factores de protección ante las adversidades.

En otras palabras, las relaciones con otras personas forman parte de factores extrínsecos, las cuales ofrecen recursos que determinan en gran parte la respuesta de la persona ante las adversidades que se presentan a lo largo de la vida, fomentando, a su vez, conservar habilidades, adaptarse y compensar estas para asumir nuevos roles y crecer a nivel psicosocial (Ministerio de Salud, 2018).

De acuerdo con lo anterior, se puede deducir que el envejecimiento es un proceso variable y heterogéneo que forma parte del desarrollo y ciclo vital de la persona y se caracteriza, además, por una serie de etapas que conllevan a crisis y cambios que responden al contexto que envuelve a la persona. El contexto social, cultural y económico influye en las vivencias a lo largo de la vida y estas, a su vez, determinan la forma en que se vive las diversas etapas de la vida (Guevara-Peña, 2016).

Sumado a lo anterior, es importante mencionar que el envejecimiento está conformado por diversas etapas, dentro de las cuales está la vejez, misma que está comprendida como una etapa progresiva, natural y subjetiva, ya que adquiere significados diferentes para cada persona. Sin embargo, en muchos casos, la sociedad utiliza criterios para establecer diferenciación entre las etapas y definir la vejez (Carmona-Valdés, 2012).

No obstante, es necesario mencionar que para definir la etapa de vejez existen diferentes criterios como la edad cronológica, que es el número de años vividos desde el nacimiento, representa un parámetro para definir aspectos sociales como la jubilación. Otro criterio es la edad biológica que está determinada por la disminución de las funciones del organismo, tanto a nivel funcional como estructural. La edad psicológica es otro criterio y que comprende la adaptación de la persona, el criterio geriátrico relacionado a las patologías crónicas y pérdida de la autonomía funcional y como último criterio, la edad social, que se fundamenta en el papel que juega la persona dentro de la sociedad (Alvarado-García y Salazar- Maya, 2014; CONAPAM, 2013; Carmona-Valdés, 2012).

Lo anterior evidencia, según Redondo (1990) mencionado por Carmona-Valdés (2012) que “la vejez, como las otras etapas del ciclo de vida, es también una construcción social e histórica, que posee el significado que el modelo cultural vigente le da a los procesos biológicos que la caracterizan” (p. 14). Por lo tanto, es un proceso cambiante, permeable, que se reestructura y construye con el tiempo y varía según la legislación de cada país.



En síntesis, socialmente se tiende a agrupar a las personas según su edad cronológica y asignar tareas y situaciones que exigen comportamientos específicos para cada etapa. Los cambios tienen como propósito el desarrollo de la persona, enfrentar un proceso de transición que permita adecuarse a la etapa actual y prepararse de la mejor manera a la siguiente. Por su parte, para Fernández y Robles (2007) la adultez mayor es determinada de manera cultural y social por cada país, “en Costa Rica, la legislación señala los 65 años como la edad a partir de la cual una persona se considera adulta mayor” (p. 13).

Por consiguiente, para esta investigación, es crucial evidenciar las características demográficas propias de las personas adultas mayores a nivel de Latinoamérica y Costa Rica, ya que los cambios sociales conllevan a modificaciones paralelas en la población.

## **2. Vejez en Latinoamérica: Costa Rica**

El envejecimiento de la población se ve marcado por el contexto demográfico e histórico del país, en el ámbito de Latinoamérica, se evidencia una tendencia a la reducción de las tasas de mortalidad, aumento en la esperanza de vida y disminución de la fecundidad; estas situaciones modificaron la estructura de la población, disminuyendo la población infantil e incrementado de manera relativa los grupos de edad avanzada (Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2009)).

Es decir, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en la cantidad de personas de 60 años y más. En el 2000, la población regional de 60 años y más era de 43 millones de personas (8,2%), cifra que va incrementando hacia el año 2025 para un aproximado de 100,5 millones (15%) y para el 2050 se estima que el incremento alcanza los 183,7 millones (24%) (Naciones Unidas, CEPAL y UNFPA, 2009).

Lo anterior, evidencia que el incremento de la población adulta mayor crece a pasos importantes, por tanto, América Latina enfrenta, actualmente, un proceso de transición poblacional en general, donde las modificaciones sociales y actualizaciones del sector salud han permitido el incremento en la esperanza de vida y, en consecuencia, el aumento de la población en etapa de vejez.

Si bien es cierto, el crecimiento de dicha población en Latinoamérica no es homogéneo, se espera que países tales como Uruguay, Cuba, Chile y varios países caribeños; donde el proceso de envejecimiento se encuentra más avanzado; tendría un incremento superior al 20% en el 2025 (Naciones Unidas, CEPAL y UNFPA, 2009).

De igual forma, se puede mencionar que países como Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras y Haití; tendrán un envejecimiento tardío; habrá un incremento alrededor del 10%. Por su parte, para países con procesos más incipientes como la Guayana Francesa, Costa Rica, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, habrá un incremento superior al 4%; mientras que Honduras, Nicaragua, el Paraguay y el Brasil tendrán tasas superiores al 3,5% (Naciones Unidas, CEPAL y UNFPA, 2009).

Como se menciona en el párrafo anterior, Costa Rica enfrenta una serie de cambios demográficos en el cual la natalidad y la mortalidad han disminuido y la esperanza de vida ha aumentado, dichas situaciones acentúan el número de personas de diversos grupos cronológicos y, a su vez, representan un desafío. Según Fernández y Robles (2008) el país enfrenta un proceso acelerado de envejecimiento, el 6% casi 280 mil personas de la población costarricense tienen 65 años y para el 2025 se estima que la cifra aumentará a 11,5%, es decir, 600 mil personas.

De acuerdo con Brenes-Camacho, Masís- Fernández y Rapso- Brenes (2020) entre el 2008 y el 2019, la población de personas adultas mayores aumento un 59%. Este incremento es consecuencia del aumento en la esperanza de vida, 77,7 para hombres y 82,9 para mujeres, destacando al país como uno con un alto nivel de esperanza en el continente americano, superado

únicamente, por Canadá.

Fernández y Robles (2008) mencionan que “en 1980, de cada 100 hombres que cumplen 65 años, 35 llegan a cumplir 85, y 45 de cada 100 mujeres. Actualmente, de cada cien hombres de 65 años, 43 pueden esperar vivir hasta los 85, y 56 de cada 100 mujeres” (pp.3-4).

Por lo tanto, se puede concluir que la esperanza de vida costarricense ha incrementado constantemente por más de 70 años y sigue ocurriendo, debido a la interrelación de la disminución de la mortalidad con la esperanza de vida que, en consecuencia, incrementa el número de personas en edades más avanzadas. La tasa de mortalidad entre el 2000 y el 2018 ha disminuido un 14% y en contraparte la tasa de crecimiento incrementará año tras año, para el año 2040 se estima que las personas adultas mayores triplicarán el número de infantes menores de 14 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2016; Brenes-Camacho, Masís-Fernández. y Rapso- Brenes, 2020).

En definitiva, este incremento en la esperanza de vida y número de personas adultas mayores acarrea consigo una serie de desafíos a nivel social e individual, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que enmarcan una generación como tal y que varían de acuerdo con el contexto en el cual se desarrolla la persona.

De acuerdo con lo anterior, los factores externos e internos influyen en el estado general de la persona, determinando en gran parte su estado de salud, sensación de bienestar y satisfacción de necesidades. En relación con eso, se puede mencionar que dentro de los cambios sociales se encuentra una disminución en la actividad conforme avanza la edad cronológica. Según Fernández y Robles (2008) “mientras a los 65 años el 58% de los hombres y 16% de las mujeres se encuentran activos, a los 75 años lo están solo 23% de los hombres y 3% de las mujeres.” (p. 11).

Por otra parte, a esos factores externos, se añade los cambios sociales en relación con la dinámica familiar, donde, si bien es cierto, un 69% de las personas adultas mayores viven en un hogar multigeneracional, hay un 19% de las personas que viven en pareja y, aproximadamente, un 12% de los hombres adultos mayores vive solo. Por tanto, unos 230 mil hogares o un 19 por ciento de los hogares del país vive una persona adulta mayor (CONAPAM y Presidencia República de Costa Rica, 2012; Fernández y Robles, 2008).

Lo anterior, repercute y modifica la cultura del cuidado a nivel familiar y social, según el CONAPAM y la Presidencia República de Costa Rica (2012) los cuidados provienen casi totalmente de la familia inmediata, hay una parte de las necesidades de apoyo de la población adulta mayor que no está satisfecha, ya que 41% de los hombres y 51.3% de las mujeres necesita ayuda con alguna de las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales del diario vivir, pero solo 31% de los hombres y 41% de las mujeres las recibe, lo cual indica que un 10% de personas adultas mayores que necesita ayuda no la recibe.

Además, se suma en algunas personas adultas mayores la pérdida de capacidades funcionales consecuencia de diversas patologías, ya que un 35% de esta población presenta algún tipo de discapacidad, especialmente relacionada a condiciones mentales o psiquiátricas como el Alzheimer, depresión o ansiedad (Brenes-Camacho, Masís- Fernández y Rapso- Brenes, 2020).

En otras palabras, un 29% de personas adultas mayores entre 65 a 79 años tiene algún tipo de discapacidad y un 55% de personas adultas mayores de 80 años y más. Entendiéndose, discapacidad como aquellas limitaciones de funcionamiento ocasionadas por la disminución de capacidades físicas, mentales y sociales (Brenes- Camacho, Masís- Fernández y Rapso- Brenes, 2020).

A estas situaciones, se agregó un nuevo desafío tanto para la población costarricense, como para el sistema sanitario privado y público. La pandemia ocasionada por el COVID-19, ubicó a Costa Rica en el segundo lugar por peso porcentual de casos, posterior a Panamá, con un

20.96% y en cuarto lugar por peso porcentual de muertes con un 12.8% después de Guatemala, Panamá y Honduras en el año 2021, afectando y ocasionando más muertes en personas adultas mayores y hombres (Pan American Health Organization (PAHO), 2021).

En consecuencia, el Gobierno realizó múltiples acciones para enfrentar dicha realidad sanitaria. Dentro de las cuales se puede mencionar la firma de presupuesto para fortalecer programas sociales con 38.220 millones de colones, la activación de protocolos sanitarios para evitar la propagación del virus por medio de la modificación de instalaciones para la atención diferenciada, la creación del Bono Proteger que alivió económicamente a 724 mil personas afectadas por la reducción o suspensión de jornadas laborales y la vacunación según grupos prioritarios (PAHO, 2021).

También, se suman esfuerzos en el ámbito de cuidado, con la firma del decreto 42878-MP-MDHIS que oficializa la “Política Nacional de Cuidados 2021-2031”, que busca implementar un sistema de atención a las personas con alguna situación de dependencia. Su finalidad es brindar apoyo y cuidados en actividades de la vida diaria a personas con discapacidad o enfermedades crónicas, implicar coberturas existentes y combinar el entorno familiar con tecnología (PAHO, 2021).

Sin embargo, estos esfuerzos acarrearán consigo una serie de situaciones paralelas, los hogares de larga estancia se convirtieron en instituciones que brindan protección y salvaguardan las personas adultas mayores, pero en efecto, parece en su mayoría que el confinamiento para evitar el contagio, convirtió los hogares de larga estancia en instituciones cerradas que impidieron la interacción con el exterior, así como la suspensión gradual de los derechos y la disminución de roles sociales y familiares (Arcos-Miranda y Echeverría- González, 2021).

En síntesis, las situaciones anteriores reflejan los amplios desafíos en el sector salud, ya que las políticas de salud pública deben dirigirse a la atención de esta pandemia, así como avanzar en la promoción, protección y recuperación de la salud mediante acciones sostenibles.

En respuesta a estas necesidades mencionadas previamente, se crean estrategias de protección social, denominadas redes de apoyo, que brindan servicios de cuidado con el propósito de solventar necesidades de las personas adultas mayores por medio de interacciones recíprocas que brindan seguridad y amparo.

### **3. Redes de apoyo: hogares de larga estancia**

Para esta investigación, se debe entender red de apoyo como aquella que desarrolla roles concretos dirigidos por objetivos determinados que proveen beneficios a las personas adultas mayores. Según el CONAPAM (2008, p.85) comprende “intercambios, que se perciben como interconexiones de las personas. Estos pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de las personas.”

Por otra parte, es importante mencionar que las redes de apoyo pueden ser informales que involucran relaciones familiares; personales o de la comunidad y las formales, que comprenden apoyos basados en una organización estructurada (Fernández y Robles, 2007).

Es decir, Organizaciones de Bienestar Social, tales como Hogares de Ancianos, albergues y centros diurnos; que responden a los cambios sociales y proporcionan cuidado, protección y rehabilitación social a diferentes grupos según edad cronológica con algún tipo de discapacidad, drogodependencia y patologías psicosociales (CONAPAM, 2014).

Además, cuentan con algún tipo de regulación, contrato de trabajo y brindan remuneración. Por lo general, estas regulaciones se brindan por el estado, organizaciones de bienestar social y mercado privado; ya que centran su atención en apoyar de manera directa a personas dependientes en sus actividades de la vida diaria, o a personas cuidadoras (Instituto Mixto de Ayuda Social y Ministerio de Desarrollo, 2021).

Aunado a lo anterior, estas redes están conformadas por un equipo interdisciplinario en diversas áreas, que atienden y solventan necesidades de cuidado con conocimientos y experiencias diversas que enriquecen el cuidado y la asistencia sanitaria (Mauk, 2008).

Es decir, estos equipos interdisciplinarios están enfocados en el cuidado, en acciones que contribuyen a la persona adulta mayor con dependencia o deficiencia de su autonomía y que necesita acompañamiento para satisfacer necesidades en el diario vivir. Entendiendo las necesidades según su índole, en actividades de la vida diaria que satisfacen necesidades básicas, las necesidades instrumentales que comprenden acciones que requieren relacionarse con otras personas para lograr metas, las necesidades emocionales que comprenden afecto, empatía y cariño; las necesidades de salud asociadas a la atención integral y las necesidades económicas y recreativas (CONAPAM, Presidencia República Costa Rica, 2012).

Para la presente investigación, es relevante y se desarrollará únicamente los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, conocidos también como Hogares de Ancianos. Definidos por el CONAPAM y Presidencia República Costa Rica (2012) como establecimientos que “son de carácter privado, con o sin fines de lucro, en donde viven personas adultas mayores en forma permanente, en algunos casos, motivados por la carencia de recursos familiares para el cuidado, o ante problemas de abandono familiar, social o económico” (p. 26).

Sumado a lo anterior, estos centros están obligados a apearse a la norma de habilitación vigente en Costa Rica, la cual indica que deben contar con un equipo interdisciplinario conformado por una persona profesional asesora o técnico en seguridad e higiene laboral, una persona presidenta de la Junta Directiva o representante responsable del funcionamiento del establecimiento, funcionario responsable de la sección administrativa, nutricionista, persona encargada de labores de cocina y auxiliar de cocina por cada 100 raciones producidas, persona voluntaria, persona capacitada en actividades de terapia ocupacional. Un profesional en medicina según el número de personas adultas mayores, un profesional en enfermería o auxiliar de enfermería por turno, una persona profesional en trabajo social, terapia física, persona voluntaria

capacitada en las actividades de terapia física, una persona responsable del servicio de lavandería o ropería (Brenes- Camacho et. al, 2020).

Además, las personas adultas mayores que ingresen a estos centros deben cumplir con criterios básicos tales como ser mayores de 65 años, tener problemas de indigencia o no contar con recursos familiares, tener un estudio socioeconómico, no tener patologías infectocontagiosas y en algunos centros ser residente de la comunidad.

Por otra parte, es importante mencionar que los recursos económicos que el CONAPAM brinda a las Organizaciones de Bienestar Social provienen de la Ley No. 7972 creada el 22 de diciembre de 1999, que involucra la creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos; centrada en facilitar una mejor calidad de atención y financiar programas que potencien las capacidades de la persona adulta mayor mejorando por ende su calidad de vida y permanencia en redes de apoyo informal. Y la Ley No. 8783, No. 5662 creada el 13 de octubre del 2009, que involucra la creación del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) que proporciona un porcentaje a las personas adultas mayores residentes en instituciones que brindan cuidado y atención (CONAPAM, 2014).

Dichos hogares de larga estancia son regulados por el Ministerio de Salud, mediante lineamientos establecidos por el “Reglamento general para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud”, que tiene como finalidad asegurar un espacio con infraestructura adecuada y personal capacitado. La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. 7935) se encarga de participar y promover los procesos de acreditación, conocer las evaluaciones de las instituciones con aportes económicos del Estado, determinar criterios para distribuir dichos aportes y llevar un registro de las instituciones o personas acreditadas para brindar servicios a esta población (Sauma, 2011).



Lo anterior, con el fin de proporcionar una atención integral, según el capítulo 2, artículo 3 de la Ley Integral para la persona Adulta Mayor, Ley No. 7935, la atención integral “comprende un conjunto de actividades que tienen como fin permitirle a las personas adultas mayores poder disfrutar de los cuidados, de la protección de la familia y la comunidad; tener acceso a servicios de atención en salud, educación y formación permanente; a servicios jurídicos y sociales que les aseguren mayores niveles de autonomía, participación, protección y cuidado” (p. 36).

Por lo tanto, es imprescindible mencionar que del 2010 al 2014 ocurre un incremento en el número y capacidad de atención en los hogares de larga estancia. A mediados del año 2010 existía un total de 70 hogares de larga estancia que, en su totalidad, atendieron a 1550 personas, mientras que, en el año 2019, el país contaba con 74 hogares que forman parte de las Organizaciones de Bienestar Social y están distribuidos a lo largo de las provincias; correspondiendo 7 a Guanacaste, 14 a Alajuela, 7 a Heredia, 6 a Cartago, 6 a Limón, 23 a San José y 11 a Puntarenas (CONAPAM, 2014; Sauma, 2011, Brenes-Camacho, et. al, 2020).

Según el CONAPAM mencionado por Brenes-Camacho, Masís-Fernández y Rapso-Brenes (2020) en el año 2018, 289 personas son institucionalizadas por casos remitidos por otras entidades (hospitales, juzgados, redes de cuidado), 698 personas adultas mayores fueron institucionalizadas por el programa de abandono y 340 personas en condición de abandono esperaban ser institucionalizadas en diciembre del 2018.

A pesar de que, la distribución de los hogares de larga estancia varía entre cada provincia, lo cierto es que, en definitiva, estos hogares atienden a personas adultas mayores con diferentes grados de dependencia. Esto es importante, ya que más del 33% de la población adulta mayor, independientemente de su sexo, necesita ayuda para desempeñar actividades diarias, a pesar de que gran parte recibe ayuda por algún familiar, otro porcentaje importante está descubierto en sus necesidades específicas (CONAPAM, 2014; Sauma, 2011; CONAPAM y Presidencia de la República de Costa Rica, 2012).

Sumado a lo anterior, dos terceras partes necesitan asistencia por una sola persona y la otra tercera parte necesita asistencia por dos o más personas, 3 de cada 10 personas adultas mayores presentan situaciones de dependencia, e inclusive el 8,3% de la población presenta una alta dependencia. Esto refleja que, únicamente, un 1,5% del total de las personas adultas mayores del país asiste o reside en cualquiera de las modalidades del servicio formal (Brenes-Camacho, Masís-Fernández y Rapso-Brenes, 2020; CONAPAM, 2014).

En conclusión, las redes de apoyo formal surgen como respuesta a las modificaciones en el contexto social y cultural que rodea a la persona adulta mayor, en la cual, las exigencias sociales impuestas a la familia están siendo desplazadas por otras. De ahí, surgen los hogares de larga estancia como alternativas frecuentes que satisfacen las necesidades básicas de las personas que residen en ellas y promueven el desarrollo personal generando bienestar y conservando la autonomía.

#### **4. Evolución del cuidado: cuidado humanizado**

Lo anterior, a través de un cuidado que ha evolucionado con el pasar del tiempo e históricamente se ha abordado desde dos perspectivas, con el fin de comprender sus orígenes y las asignaciones establecidas socialmente a las partes involucradas (Pacheco-Arce, y Ramírez-Pérez, 2014).

Por tanto, primero se debe hablar de la perspectiva histórica que relaciona a los cuidados otorgados, con el fin de mantener la vida, a través de la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación, transporte, vivienda, protección y socialización (Rodríguez- Jiménez et al., 2014).

Además, esta perspectiva está estrechamente relacionada a la evolución del ser humano, ya que de manera paralela se dio la asignación de roles de cuidado según el género, relaciones de poder, creencias religiosas y uso de terapias alternativas; por ejemplo, visualizar la salud como

un don divino y la enfermedad como un castigo. Esto conllevó a favorecer el individualismo que permite ver a la persona como sujeto de cuidado que tiene necesidades diversas durante el ciclo de vida tales como el nacimiento, reproducción y muerte (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Posteriormente, la perspectiva filosófica que asigna al cuidado un valor con diversas connotaciones como la ontológica que establece que el cuidado implica conocerse, asimismo, la fenomenológica sostiene que el cuidado es consustancial a la existencia humana, ecologista, ya que se considera una actitud consigo mismo y con los demás que involucra amor, preocupación, protección y prevención y una connotación humanista, donde según Mayeroff el cuidado implica crecimiento tanto de la persona que recibe el cuidado como de quien lo brinda (Rodríguez-Jiménez et al., 2017).

Con base en lo anterior, lo fundamental es mencionar que el cuidado es visto a lo largo de la historia por diversos enfoques que coinciden en que el cuidado es un arte que pertenece a la naturaleza humana, que se comparte y distribuye su responsabilidad con redes de apoyo formal e informal, por lo cual, conlleva a implicaciones sociales y de desarrollo humano. Implica una función social, un bien público y un derecho (Instituto Mixto de Ayuda Social y Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, 2021).

Así lo sustentan diversos filósofos a lo largo de los años, para Heidegger (1889-1976) cuidar es sinónimo de preocupación y asumir el destino con una connotación existencial por la vida propia, cuidándola y satisfaciendo sus necesidades. Dasein defendía la preocupación del ser y procurar la vida. Milton Mayeroff (1925-1979) aporta la inherencia de valores humanos al proceso de cuidar y la relación de este acto con el propio crecimiento y autodeterminación, por medio de ayudar a otros a crecer. M. Foucault (1926-1984) sustenta que el cuidado implica cuidar de si mismo, a través del conocimiento, formación y superación, con el propósito de asumir roles sociales y morales para interactuar con otras personas. Collière apuntó a la existencia de tres cuidados: el cuidado de si mismo, el cuidado de otro y el cuidado con otros (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Posteriormente, Emmanuel Lévinas (1905-1996) propone la importancia de la ética en las relaciones con los demás por medio del respeto hacia la otra persona. Por su parte, Leonardo Boff (1934) sustenta su teoría según los filósofos anteriores; constituyendo su proposición en puntos esenciales, donde establece el cuidado como una actitud de relación amorosa y amigable, implica preocupación por otras personas y sus realidades, conlleva a vivencias de la relación de cuidado, voluntad y disposición de cuidar, así como precaución y responsabilidad en los comportamientos (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

En síntesis, el cuidado es recíproco, interactivo e integrativo, involucra la relación entre personas totales, diferentes, con actitudes que son consecuencia de sus vivencias y que pueden interaccionar y reestructurar a la persona como merecedora de apoyo; reconociendo la existencia, la libertad y la importancia de la otra persona por medio de la empatía, donde la comunicación se encuentra basada en respeto, autenticidad, compromiso, preocupación y deseo (Grupo de cuidado, 1998).

También, es fundamental destacar que humanizar comprende un proceso que involucra conocimientos específicos, habilidades relacionales enfocadas en las necesidades de las personas que toma en cuenta las dimensiones de la persona y permitan su interiorización y reflejo (Llanes-Betancourt, 2007).

En otras palabras, asume un valor con el fin de lograr el enfrentamiento y adaptación por medio de acciones orientadas que consideran las dimensiones humanas y reconoce la historia de la otra persona respetando de manera paralela el potencial de autocuidado en una relación subjetiva (Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva, De la Cruz-Ruiz, 2016; Urra, Jana y García, 2011).

#### **4.1. Cuidado humanizado**

Como se menciona con anterioridad, el cuidado humanizado es un tipo de connotación del cuidado, que corresponde a una guía filosófica que toma en cuenta la moral y ética que apoya la conciencia en los cuidados, a su vez, comprende un compromiso moral que busca impulsar la dignidad, experiencia, percepción y conexión profunda hacia la persona, tomando en cuenta los valores humanistas, altruistas y a la persona cuidada como parte del equipo interdisciplinar (De La Cruz, 2017).

Por consiguiente, el cuidado humanizado es más que el cumplimiento de una tarea, es una razón moral que incluye una relación interconectada entre el equipo que brinda el cuidado y la persona cuidada; que requiere de conciencia personal y compromiso, con el propósito de lograr metas con base en las necesidades individuales.

De acuerdo con Heras de la Calle, Nieto y de Argenta (2017), este cuidado requiere de competencias y habilidades no técnicas en profesionales sanitarios denominadas como “human tools”, dentro de las cuales se pueden mencionar:

- Habilidades de comunicación: comunicación efectiva con los pacientes, familiares, miembros del equipo sanitario y registros legibles.
- Relaciones profesionales con los pacientes y sus familiares: involucrar a los integrantes en las decisiones de cuidado, respetar sus creencias, privacidad y limitaciones en el uso de la información del paciente.
- Relaciones profesionales con los miembros del equipo sanitario: promueve el trabajo en equipo, supervisa y delega en otros la atención de la persona.
- Autogobierno: participa en la enseñanza multidisciplinar, busca oportunidades de aprendizaje y nuevos conocimientos.

Además, la persona profesional debe tener responsabilidad ética y moral para desarrollar relaciones respetuosas que implican habilidades sociales y conocimiento científico, con el fin de identificar necesidades específicas de la persona y solventarlas (Guerrero-Ramírez et al., 2016; Caro, 2009).

Este tipo de cuidado, según el filósofo Milton Mayeroff (1925-1979) permite el crecimiento de la persona que recibe el cuidado y el de la persona que lo brinda, por medio de valores morales que favorecen la autodeterminación al elegir los valores que lo guían. Es decir, fomentan el crecimiento basado en respeto ayudando a la búsqueda del bienestar (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Además, implica la responsabilidad como alcance moral y significa compasión, aprecio, empatía, conocimiento propio y de quien brinda el cuidado, con el fin de determinar sus necesidades y permitir el crecimiento. Por tanto, implica ocho características (Rodríguez-Jiménez et al., 2014):

- Conocer: entender las necesidades de la otra persona y ser capaz de cuidar las propias fortalezas y capacidades para responder como la persona espera.
- Alternar ritmos: centrarse en los detalles y en aspectos generales para favorecer la retroalimentación.
- Paciencia: la persona debe crecer en su propio camino, tiempo y ritmo.
- Confianza: permitir que la otra persona crezca en su propio tiempo para ser mejor, aunque implique desconocimiento a lo que se enfrenta.
- Humildad: comprender que siempre hay algo nuevo que aprender.
- Esperanza: basarse en las posibilidades realistas y presentes.
- Valor: el cuidado en cada persona es algo desconocido.

Por otro lado, de acuerdo con la enfermera y psicóloga Watson (1979) sostiene que el acto de cuidar es fundamental y es demostrado mediante relaciones interpersonales que responden a un contexto determinado, condicionado a factores basados en objetivos, efectos y un destino. El cuidado promueve salud y crecimiento personal y familiar, por tanto, es complementaria a la ciencia curativa, ya que integra conocimiento biomédico y comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud, mediante el acompañamiento sensible pero responsable (Urrea et al., 2011).

Por su parte, sostiene que el cuidado humanizado debe considerar diez factores de cuidado, que corresponden a (Watson, 2007; Urrea et al., 2011):

- Formación humanista- altruista: la persona que brinda el cuidado debe reflexionar sobre su propio desarrollo para comprender los sistemas de las demás, donde los valores altruistas como la bondad, empatía, preocupación, amor son esenciales.
- Incorporación de la fe y esperanza: permitir que se cultiven las creencias, para permitir que les ayude a mantener su fe en ellos mismos, lo cual no garantiza la curación.
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros: permitir la expresión de sentimientos sin negarlos o esconderlos tanto propios como de la persona que recibe el cuidado. Desarrollar la sensibilidad implica ser auténtico y honesto.
- El desarrollo de una relación de ayuda y confianza: es necesario el desarrollar y mantener una relación basada en confianza y autenticidad, donde es indispensable la apertura, el altruismo, la honestidad, reconocer las relaciones son recíprocas, que respetan la libertad y autonomía.
- Aceptación de expresión de sentimientos positivos y negativos como parte inherente en la confianza, ya que facilitan la comprensión y no creación de sentimientos defensivos, negación o estrés.
- Uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial: no permitir que la sistematización del cuidado ocasione una posición rígida y controlada que opaque la autonomía y creatividad.
- Enseñanza y aprendizaje interpersonales: la persona que recibe el cuidado es un ente activo de su propio estado de salud y toma de decisiones para mantenerla, recuperarla, mejorarla o

prepararse para determinados eventos. La educación de salud requiere de la relación intersubjetiva para que sea personalizada y dirigida, de lo contrario, será únicamente brindar información.

- Creación de un entorno protector o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural: conformado por un ambiente externo e interno que se interrelacionan y favorecen la satisfacción es de necesidades y en consecuencia el bienestar.
- La asistencia con la gratificación de necesidades humanas, las necesidades están estratificadas el primer nivel son las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas (nutrición, eliminación). En el segundo nivel, se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas (reposo-actividad). En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales de (pertenencia y logros). En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales (realización del sí mismo).
- Recoger más fuerzas fenomenológicas y existenciales, donde se da énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellas.

En síntesis, se puede decir que el cuidado se centra en la cultura, valores y creencias de la persona, por medio de relaciones que permiten adaptación y reciprocidad, donde se asume un compromiso profesional guiado por normas éticas, que involucran la participación dual y conocimiento del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, fuerzas y límites (Caro, 2009).

Además, según Watson (2008) mencionada por Caro (2009), este cuidado humanizado incluye una relación transpersonal que “busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida y que pueden ser influenciadas por el momento de cuidado, a través de las elecciones y acciones decididas en la relación; con la influencia que recibe de ellas, las vuelve parte de su propia historia de vida” (p. 176).



Por otro lado, Rogers (2004) denomina esta relación interconectada como relación de ayuda; es decir, como toda aquella “en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada” (p. 46).

Aunado a lo anterior, este tipo de intervención, parte de que esta posee los medios para comprender y cambiar el concepto, actitudes y comportamiento de sí misma, es fundamental la confianza en la persona. Además, de acuerdo con Martínez-Rodríguez (2011) es primordial que la persona que brinda la ayuda tenga las siguientes actitudes:

- Aceptar la forma en que la persona que recibe la ayuda está dispuesta a demostrar en la relación frente a la persona que brinda la ayuda.
- La empatía, es decir, la capacidad de la persona que brinda la ayuda para ponerse en el lugar de la otra persona y comprender sus vivencias.
- Autenticidad o congruencia, es decir, establecer una relación sincera en la cual la persona que brinda la ayuda se comunica como un ser humano dispuesto a brindar la ayuda.

Lo anterior, refleja que el intercambio en la relación se logra mediante el reconocimiento de los propios sentimientos, voluntad de ser y expresar, implica autenticidad, transparencia y reconocimiento de la existencia de la otra persona como un ser humano total que se acoge y acepta con una vida propia, que propicia el intercambio de calidez, seguridad y confianza, pero sobre todo empatía, mediante la aceptación de sentimientos y expresiones conforme aparecen, así como la sensibilidad de ver el mundo tal como la otra persona lo percibe (De La Cruz, 2017; Rogers, 2004; Grupo de cuidado, 1998).

En otras palabras, se asume una actitud ética anuente, donde cada proceso es único y crea una conexión con otras personas por medio de una relación de ayuda, tomando en cuenta a la persona cuidadora, la cual posee una historia propia que coincide con la persona que necesita ser cuidada en un momento y espacio determinados, conservando la humanización y coherencia en las actitudes. Por su parte, el diálogo y la escucha son esenciales, así como la demostración de benevolencia, confianza y seguridad por medio de palabras, diálogos, sonrisas sinceras y miradas

(Watson, 2008; Rogers, 2004; Watson, 1999; Grupo de cuidado, 1998).

Además, la relación de ayuda es recíproca, única y auténtica que pretende ayudar a enfrentar problemas y necesidades específicas, mediante alternativas creativas, con mayor integración personal, confianza y autocontrol. Es un proceso, donde la comunicación es fundamental para conservar la vida y permite que la persona se sienta acogida y percibida (Olivé-Ferrer, 2015; Caro, 2009; Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo, 2007).

Lo anterior, permite concluir que el cuidado humanizado es una relación interpersonal y sostenida, que promueve el desarrollo potencial y crecimiento personal para satisfacer necesidades individuales, que permite sostener de manera simultánea la necesidad de la persona adulta mayor para trascender y lograr una vejez satisfactoria, entendiéndose como funcionalidad óptima, adaptación al proceso de envejecimiento, logro de objetivos y manifestación de una sensación de bienestar, es decir, de estar a gusto y disponer de un ambiente seguro (Urta et al., 2011; Mauk, 2008; Watson, 2008; Watson, 2007).

Finalmente, esta investigación se centra, únicamente, en dos factores del cuidado humanizado, la empatía y la esperanza, entendido también como formación humanista-altruista, enseñanza y aprendizaje interpersonales e incorporación de la fe y esperanza, que permiten un acompañamiento eficaz, que favorece la expresión de sentimientos y maleabilidad; juntas conllevan a una relación genuina que favorece una relación facilitadora de bienestar, las cuales se desarrollan a continuación.

#### ***4.1.1 Factor de empatía del cuidado humanizado***

De acuerdo con lo anterior, en la relación al cuidado humanizado debe haber una coherencia entre las actitudes externas de sinceridad y autenticidad, es decir, la persona cuidada busca empatía, donde se percibe su mundo y sus sentimientos para identificarse con ellos, con el fin de determinar los cuidados que requiere y facilitar el desarrollo personal mutuo. Para lograrlo, es indispensable comprender el propio desarrollo moral y combinar el conocimiento científico con la observación de la persona que comprenda las dinámicas sociales, culturales y psicológicas

del individuo (Muñoz-Devesa, Morales-Moreno, Bermejo-Higuera, González-Serna, 2014; Rogers, 2004).

Por su parte, la empatía es un valor altruista que comprende preocupación por los demás, angustia por los sentimientos ajenos, considera el punto de vista de otras personas y se coloca en su lugar. Es decir, este valor comprende la parte emocional y cognitiva al considerar lo que siente una persona por otra y comprender su punto de vista. Este acto permite adquirir compromisos y dar cuidados, logrando satisfacción en el acto de dar y recibir, aceptando que cada individuo es único y posee creencias propias que deben ser respetadas (Singer, 2017; Urra et al., 2011; Watson, 2007).

Asimismo, Singer (2017) establece que la empatía es “la capacidad de ponerse en el lugar de otros e identificarse con sus sentimientos o emociones” (p. 95). Para Ferrater (nd) citado por Grupo de Cuidado (1998) la empatía es una “vivencia por la cual quien la experimenta se introduce en una situación ajena objetiva o subjetiva, real o imaginaria, de tal suerte que aparece como dentro de ella” (p. 58).

En otras palabras, para esta investigación, empatía del cuidado humanizado es entendida como una vivencia que consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e identificarse con sus sentimientos sin renunciar a los propios, con el fin de adquirir un compromiso y dar cuidados que implican una emoción que debe ser demostrada (Furstenberg, 2016; Hojat, 2012; Grupo de cuidado, 1998; Singer, 2017; Urra et al., 2011; Watson, 2007).

Es decir, es un acto que conlleva una parte comprensiva que expresa de manera verbal o no verbal, que ha comprendido lo que siente o experimenta en ese momento de la vida de la persona; esta parte se puede expresar por medio de un gesto, una palabra, una caricia. Posteriormente, ofrecer explicaciones y sugerencias basadas en conocimiento teórico (Furstenberg, 2016; Hojat, 2012; Grupo de cuidado, 1998).

Lo anterior, favorece la comunicación verbal o no verbal, ya que promueve la atención a la otra persona incrementando la posibilidad de recuperar su propia estima, que puede verse disminuida por una enfermedad o situación. Por tanto, para que haya empatía es necesaria la existencia anímica consciente, la cual se expresa de formas diferentes entre las personas y varían según la situación de la vida y sus experiencias (Furstenberg, 2016).

Sin embargo, es importante mencionar que la empatía puede ser vista como una connotación cognitiva o emocional, es decir, la cognición consiste en la adquisición y procesamiento de la información para entender, donde se asume un rol e implica comprender una situación sin apropiarse de ella; por otra parte, la emocional es compartir el afecto subjetivo que se vivencia, implica una respuesta que concuerda con el bienestar percibido de otra persona, es decir, se adentra en la vida de otra persona por percibir sus sentimientos (Hojat, 2012).

Así lo sustenta Altuna (2018), donde la empatía cognitiva y emocional es impulsada por tres vías:

- El contagio emocional: conocida como empatía-espejo, se produce de manera involuntaria, es una transferencia de las emociones de manera inconsciente y automática al estar enfrente de otra persona y observar su cara.
- Empatía por asociación: cuando se observa o lee una situación de una persona y algo de ella recuerda una vivencia propia, provocando las emociones correspondientes.
- Adopción de perspectiva imaginativa: conlleva un nivel cognitivo alto, ya que implica colocarse en el lugar de la otra persona, por tanto, se puede dar desde una perspectiva centrada en uno mismo, es decir, cuando se imagina estar en la situación de otra personas desde la propia perspectiva. La perspectiva centrada en la otra persona, imaginarse estar en la situación, con el carácter y mentalidad de la otra persona. Por último, la perspectiva combinada, que implica imaginar estar en la situación de la otra persona desde su punto de vista y del propio.

Aunado a lo anterior, es indispensable conocer el contenido mental de la otra persona en un espacio y momento determinado, esto se logra mediante la relación de ayuda, por tanto, es

fundamental, ya que los seres humanos son seres sociales que necesitan de interacciones y apoyo social multidireccional que permite entendimiento y expresión de emociones que en consecuencia permiten bienestar (Hojat, 2012)

Además, es importante mencionar que de acuerdo con Hojat (2012) el compromiso empático requiere de elementos claves como la conexión interpersonal, la comprensión mutua y compartir experiencias y emociones, que son claves para la cognición, entendimiento y comunicación.

#### ***4.1.2 Factor de esperanza del cuidado humanizado***

De acuerdo con lo descrito con anterioridad, también es necesario mencionar que este tipo de cuidado incorpora la esperanza, al basarse en el cultivo de la sensibilidad para propiciar una relación de ayuda y confianza para resolver de manera creativa problemas asistenciales o crisis y favorecer el aprendizaje (Jiménez- Segura, Chinchilla-Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018; Urra et al., 2011; Watson, 2008; Watson, 2007; Abades-Porcel, 2007).

Además, la esperanza está estrechamente relacionado con el bienestar y por ende con el sentido de vida, ya que es un factor que se construye de forma individual en un contexto determinado y es motivado por una circunstancia existencial o situacional. El sentido de vida a su vez, posee componentes enlazados entre sí, tales como el cognitivo que involucra creencias, el motivacional que promueve el establecimiento de metas, el afectivo que tiene que ver con la satisfacción producto de los otros componentes y la conducta (Wong, 2014 mencionado por Jiménez- Segura, Chinchilla- Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018).

Por consiguiente, en el cuidado humanizado es fundamental honrar el sistema de creencias de la persona adulta mayor, con el fin de incentivar la propia evolución, ya que la esperanza es un estado motivacional que orienta la energía en conseguir un objetivo y que, al validarse, se da comprensión y conciencia de la capacidad de cambio. Este estado motivacional influye en los comportamientos y es producto de las creencias determinadas por vivencias

propias y de las personas que la rodean (Oliver et al., 2015; Watson, 2008).

Es decir, permite una optimización del potencial humano en sus diversas connotaciones, lo cual, promueve el desarrollo y por ende la sensación de bienestar y sentido de vida. Entendiéndose desarrollo como un estado evolutivo que permite a la persona tomar decisiones y enfrentar crisis a través de soluciones positivas que favorezcan la evolución. Para lograr esto, es necesario el conocimiento propio y del medio, con el fin de tomar decisiones, formular metas y ser un agente de cambio en aquellos factores externos que pueden ser modificados o fortalecidos (Jiménez- Segura, Chinchilla- Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018).

A su vez, la esperanza es un estado cognitivo positivo basado en la determinación para lograr metas y creer que se pueden lograr a pesar de los inconvenientes. Alcanzar metas favorece el bienestar, el sentido de vida y promueve en la persona efectos positivos acumulativos (Wilson, Syme, Boyce, Battisich y Selvin, 2006 mencionado por Jiménez-Segura, Chinchilla-Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018).

Por otra parte, la esperanza está conformada por dos componentes (Snyder, 2000; Peterson, Gerhardt y Rode, 2006):

- Agencia: es el componente motivacional y debe ocupar un espacio en el pensamiento.
- Caminos: es la capacidad de la persona para conceptualizar una o más rutas para alcanzar las metas, es decir, es una secuencia mental para llegar a puntos finales. Además, menciona que hay barreras que no permiten lograr las metas de manera simple, por lo cual, la persona debe tener una reserva de rutas alternas.

Ambos componentes son recíprocos y están relacionados entre sí. La esperanza implica expectativa en alcanzar las metas, pero también involucra compromiso y planificación, es decir, ser un ente activo. De manera paralela, promueve comportamientos productivos, favorece el esfuerzo, el optimismo propio y del futuro ya que disminuye el estrés y experiencias negativas ante situaciones adversas (Jiménez-Segura, Chinchilla-Jiménez y Arguedas-Negrini, 2018;

Fromm, 1970; Bernardo, 2010).

Según Fromm (1970, p.6) “la esperanza es un elemento intrínseco a la estructura de la vida” y está, estrechamente, ligado a otros elementos en la vida, tales como:

- La fe: comprendida como el conocimiento de las posibilidades reales. Es la certeza de lo incierto en el futuro. Existen dos tipos de fe, la racional que es resultado de la propia actividad interna de pensamiento y sentimiento y la irracional que es la aceptación de algo que se asume como verdadero. Esta puede presentarse hacia nosotros mismos o hacia otras personas. La fe no puede mantenerse sin el sentido de esperanza y la esperanza no está fundamentada sin la fe.
- La fortaleza o el valor: es la capacidad de resistir la tentación, de transformar la esperanza y la fe.

Asimismo, Averill, Catlin y Chon (1990) mencionado por Stefani et al. (2013) sostiene que “la esperanza es una emoción por presentar características semejantes a otras emociones: es una experiencia universal del ser humano, afecta el modo de pensar, percibir y actuar, y motiva la persistencia del comportamiento, a pesar de que, en este caso, la situación pueda ser adversa” (p. 30).

Lo anterior, evidencia que ese estado motivacional comprende varios aspectos, como la demostración de que la esperanza sigue siendo posible, la importancia del compromiso de la persona como ente activo en el cambio y, por último, la confianza en las habilidades y posibilidades propias para lograr objetivos determinados en el desarrollo humano (Murillo-Aguilar y Arguedas-Negrini, 2015).

Es decir, cuando se conserva la esperanza en el cuidado humanizado, se mantiene una existencia con sentido, donde de manera paralela se promueve el compromiso con la propia vida, y se dan cambios significativos a través de los propios recursos. Como resultado, permite que la persona sea más integral, eficiente, modifique su autopercepción, su confianza y adopte capacidades para tomar decisiones propias (Rogers, 2004).

En síntesis, para esta investigación, la esperanza del cuidado humanizado es entendida como aquel estado motivacional donde la persona cuidada es un ente activo, que le permite enfrentar crisis a través de metas con soluciones positivas que favorezcan la propia evolución, generando bienestar y sentido de vida. Esto, mediante procesos simultáneos que involucran compromiso, planificación, conocimiento propio y del medio con el fin de modificar o fortalecer factores externos (Jiménez- Segura, Chinchilla- Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018; Murillo- Aguilar y Arguedas- Negrini, 2015; Stefani et al., 2013).

Por otra parte, como se ha mencionado en apartados anteriores, las necesidades de las personas han ido cambiando, pues responden a una sociedad que es dinámica, a lo largo del desarrollo y proceso de envejecimiento se evidencia que las tareas propias de la edad cronológica varían, sin embargo, las necesidades individuales independientemente de las características de la persona pueden ser solventadas, mediante los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado, enfatizado en el ser humano integral. Por tal razón, es indispensable hablar de la gerontología como ciencia que estudia el proceso de envejecimiento.

### **5. Aporte a la disciplina gerontológica**

De acuerdo con lo desarrollado anteriormente, se puede destacar que, actualmente, las personas cuidadoras enfrentan desafíos para satisfacer necesidades individuales de las personas adultas mayores, especialmente, si se habla de aquellas que residen en un hogar de larga estancia. Los compromisos de gestión, poco personal, recargo de funciones entre otras razones limitan la atención individualizada e integral hacia las personas adultas mayores.

Si bien es cierto, en muchas ocasiones las personas perciben su cuidado como adecuado o aceptable, la atención directa por el equipo interdisciplinar puede mejorar y dar un giro integral, donde la escucha activa y relaciones bidireccionales sean claves. Y las personas adultas mayores no deban ceder aspectos de su vida para obtener otros. Esto a pesar de que el cuidado ha evolucionado desde una perspectiva física a una integral donde contempla dimensiones



biológicas, psicológicas y sociales de la persona.

De ahí la importancia de crear investigaciones cualitativas, donde el punto de partida sean los significados de vivencias en personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia. Esto es de suma importancia ya que los cambios en la dinámica familiar y social han ocasionado que el cuidado de personas adultas mayores sea asumido y delegado a redes formales.

No obstante, este tipo de investigaciones brinda una gama de conocimientos gerontológicos que buscan contribuir a eliminar fronteras en relación con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado, con el fin de propiciar el bienestar de las personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, por medio de la reflexión sobre los factores de empatía y esperanza, como una acción que acompaña, escucha y orienta a las personas adultas mayores mediante la interacción de la comunicación tanto verbal como no verbal.

Por ende, la disminución de estas brechas permite una interacción genuina e integral, entre personas diferentes que son consecuencia de sus vivencias. Observar y tratar a las personas adultas mayores como personas integrales permite identificar necesidades específicas, con el fin de satisfacerlas y generar bienestar que promueve y conserva la salud.

Además, el reto que enfrenta el equipo interdisciplinar que brinda cuidado formal es incluir a la persona adulta mayor como persona activa de su cuidado, es decir, con esperanza y no tratar a la persona como objeto de cuidado, es decir, con empatía.

En síntesis, se puede concluir que el aporte de esta investigación a la gerontología es proporcionar una investigación cualitativa que analiza los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, mediante la integración de conocimientos y significados de sus propias vivencias.

# **CAPÍTULO III**

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Estrategia metodológica**

El siguiente capítulo corresponde a la metodología que empleó la investigadora para la elaboración de la presente investigación, donde se contempla la estrategia metodológica: enfoque de investigación, método investigativo, definición de categorías de ingreso a la investigación, descripción de la población participante, consentimiento informado, técnicas e instrumentos de recolección de la información y procedimiento para el análisis de la información recopilada.

#### ***3.1.1 Enfoque de investigación***

La presente investigación es naturalista, cualitativa y toma en cuenta los diversos conocimientos, prácticas y puntos de vista subjetivos de las personas participantes sobre un objeto específico; mediante procesos sistemáticos y empíricos utilizados para la recolección de información, para un posterior análisis y conocimiento, que demuestra la variedad de perspectivas sobre el objeto, dando relevancia a los significados y subjetividad, así como a la interacción entre las personas y el contexto que las rodea (Flick, 2012; Hernández- Sampieri, Fernández- Collado y Baptista- Lucio, 2006).

El enfoque naturalista se ubica en el enfoque cualitativo y permitió en la presente investigación, abordar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores, mediante la recolección de información subjetiva, por tanto, permitió identificar una variedad de conocimientos, debido a la influencia del contexto que rodea a la persona adulta mayor, que determina experiencias y perspectivas que adquieren significado e importancia sobre los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado.

Por su parte, según lo sustentan Rodríguez, Gil y García (1999) se logró estudiar “la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas” (p. 32).

Por lo tanto, eso permitió que la presente investigación refleje las situaciones de la vida diaria de los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado importantes para las personas adultas mayores, por medio de un proceso de atención y comprensión desde sus vivencias.

### ***3.1.2 Método investigativo***

En este caso, correspondió al método fenomenológico descriptivo que tuvo como propósito describir el significado de las experiencias a través de las personas que las han vivido, centrándose en ellas, para comprender un fenómeno o realidad a profundidad (Monje, 2011; Kvale, 2011).

Así lo sustentan Rodríguez et al., (1999) quienes establecen que la fenomenología “busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprender el proceso de interpretación, que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. La fenomenología intenta ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando” (p. 42).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede decir que lo esencial en esta investigación fue comprender las vivencias que las personas adultas mayores consideran significativas en relación con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado, en un contexto determinado como el hogar de larga estancia San Buenaventura. El método fenomenológico permitió un acercamiento al grupo de estudio, así como, a su realidad personal; lográndose a partir de lo señalado por las personas adultas mayores dar respuesta al problema y objetivos de la presente investigación.

La investigadora se apoyó en Taylor y Bodgan (1987), para lograr la tarea de aprender el proceso de interpretación, respetando las diferentes expresiones mencionadas por las personas

participantes del estudio. Para realizar lo anterior se tomaron en cuenta, las etapas del método fenomenológico, a saber:

a. **Etapa previa:** se realizó un acercamiento a la clarificación del tema de investigación, así como, a las investigaciones en el ámbito internacional y nacional que se han desarrollado en relación con el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado en personas adultas mayores, o bien, que tuvieron relación con el tema.

b. **Etapa descriptiva:** se realizó una descripción del tema estudiado, es decir, los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia. Unido al análisis de la información recopilada a partir del trabajo de campo; considerando la vivencia de cada persona y el contexto actual.

Para lograr lo anterior; se analizó el procedimiento y la técnica que se utilizó para la recolección de la información. Siendo la técnica para utilizar el grupo focal o grupo de enfoque. A partir de los datos encontrados, se realizó una codificación de la información y se analizaron la categoría y subcategorías que se deseaban indagar, así como, aquellas que surgieron.

c. **Etapa final:** la última etapa que se trabajo fue la del análisis de la información obtenida, en donde se tomó en cuenta la teoría que se encuentra en el marco teórico, para poder dar respuesta al problema y objetivos de la investigación.

A continuación, se desarrollan las categorías y subcategorías para esta investigación, las cuales permitieron delimitar conceptos de forma clara a partir del marco teórico y posteriormente profundizar en torno a ellos.

### ***3.1.3 Definición de categorías***

#### **- Cuidado humanizado**

Relación interpersonal y sostenida, que promueve el desarrollo potencial y crecimiento personal para satisfacer necesidades individuales, que permite sostener de manera simultánea la necesidad de la persona adulta mayor para trascender y lograr una vejez satisfactoria, entendiéndose como funcionalidad óptima, adaptación al proceso de envejecimiento, logro de objetivos y manifestación de una sensación de bienestar, es decir, de estar a gusto y disponer de un ambiente seguro, contribuyendo a la búsqueda del bienestar (Urrea et al., 2011; Mauk, 2008; Watson, 2008; Watson, 2007; Rodríguez- Jiménez et al., 2014).

De igual manera, fomentan el crecimiento, busca proteger y conservar la dignidad de la persona que recibe cuidado y que brinda cuidado y esta determina en gran parte por el momento de cuidado, en consecuencia se vuelven parte de la historia de vida. Este tipo de cuidado intenta promover en el otro el desarrollo y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada (Rogers, 2004; Caro, 2009).

#### **- Empatía**

Es una vivencia que consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e identificarse con sus sentimientos sin renunciar a los propios, con el fin de adquirir un compromiso y dar cuidados que implican una emoción que debe ser demostrada (Furstenberg, 2016; Hojat, 2012; Grupo de cuidado, 1998; Singer, 2017; Urrea et al., 2011; Watson, 2007).

Asimismo, es necesario combinar el desarrollo moral, el conocimiento científico y la observación con el fin de determinar las necesidades específicas (Muñoz- Devesa, Morales-Moreno, Bermejo- Higuera, González- Serna, 2014; Rogers, 2004).

### - Esperanza

Estado motivacional donde la persona cuidada es un ente activo, que le permite enfrentar crisis a través de metas con soluciones positivas que favorezcan la propia evolución, generen bienestar y sentido de vida. Esto, mediante procesos simultáneos que involucran compromiso, planificación, conocimiento propio y del medio con el fin de modificar o fortalecer factores externos: involucra agencia y caminos (Jiménez- Segura, Chinchilla- Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018; Murillo- Aguilar y Arguedas- Negrini, 2015; Stefani et al., 2013).

Estos conceptos permitieron asignar el cuidado humanizado como categoría central y la esperanza y empatía como subcategorías, que facilitaron una posterior relación, comparación y examinación entre ellas, para analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

### **3. 2 Descripción de la población participante**

Se eligió un total de cuatro personas que correspondieron a dos mujeres y dos hombres seleccionadas por medio de las recomendaciones de la coordinadora del Hogar de Ancianos San Buenaventura, la persona profesional en Fisioterapia y la encargada del departamento de Enfermería, cuyos nombres se mantiene en anonimato para procurar y salvaguardar la privacidad y derechos de las personas informantes. Las personas participantes debieron cumplir con los criterios de inclusión que se puntualizan a continuación:

- Personas mayores a 65 años de edad.
- Institucionalización superior a un año.
- Personas adultas mayores sin deterioro cognitivo diagnosticado.
- Desear formar parte de la investigación.
- Firmar o acceder al consentimiento informado (Ver anexo 2).
- Acceder a las grabaciones de voz de los grupos focales.

Estos criterios permitieron determinar el grupo de personas adultas mayores del estudio. Es importante mencionar que la presente investigación posee un sesgo en la información recopilada, ya que, debido a la situación actual por la enfermedad causada por el coronavirus (COVID19), la investigadora no eligió las personas informantes, únicamente corroboró que se cumplieran los criterios de inclusión. Es oportuno señalar que los grupos de enfoque o focales se realizaron de forma presencial en el Hogar de larga estancia.

Además, de la institucionalización superior a un año, esto debido a la adaptación de la persona adulta mayor a la estructura organizacional y ajuste a los diversos ámbitos institucionales, pasando por la fase de preingreso, ingreso y adaptación, donde la persona ha encontrado su papel, tareas y compromisos en la institución (Leturia Arrazola, 1999).

El acceso al campo se realizó de manera progresiva y escalonada, por medio de dos acercamientos, el primer acercamiento fue de carácter informal y consistió en la coordinación y solicitud de aprobación para realizar la investigación en el Hogar de Ancianos San Buenaventura; debido a la situación actual del país y disposiciones de la institución este acercamiento se realizó por medio de correo electrónico, donde se explicó el nombre y objetivos de la investigación.

Posteriormente, una vez logrado el acceso al campo mediante el acercamiento informal, se siguió con el acercamiento formal, mediante la plataforma virtual Zoom con la coordinadora del Hogar de Ancianos San Buenaventura, donde se realizó una exposición de la importancia, justificación y metodología de la investigación. Y se acordó el acceso al campo según las disposiciones y normas de la Junta Directiva y Administrativa de la institución.

A su vez, se asignó a la coordinadora de enfermería para brindar información de la institución y a la persona profesional en Fisioterapia para elegir a las personas adultas mayores informantes, así como, la coordinación de fechas y hora para los grupos focales, dar apoyo a las personas adultas mayores en el desplazamiento al lugar de encuentro y recordar estos.



Aunado a lo anterior, se realizó con ambas personas conversaciones mediante WhatsApp donde se dio a conocer los objetivos de la investigación y su función como colaboradores.

### ***3.2.1 Contextualización del lugar de estudio***

Turrialba es un cantón que pertenece a la provincia de Cartago, ubicado en el centro-este del país. Debido a sus características naturales y socioeconómicas se considera rural. Este cantón es el más extenso de la provincia de Cartago. Está conformado por doce distritos, los cuales son Turrialba, La Suiza, Peralta, Santa Cruz, Santa Teresita, Pavones, Tuis, Tayutic, Santa Rosa, Tres Equis, La Isabel y Chirripó. Para fines de esta investigación se tomará solo en cuenta el distrito de Turrialba, el cual posee una extensión de 56.7 km<sup>2</sup> (Instituto de Desarrollo Rural, 2014).

Según el INEC (2014) en las estimaciones y proyecciones de población distritales por sexo y grupos de edades 2000-2025, en el año 2011 el cantón de Turrialba tenía una población total de 72631 habitantes y el distrito de Turrialba tenía una población de 27217 habitantes y se estima para el año 2025 que dicho distrito alcance un total de 26789 habitantes. En el año 2013, había un total de 73064 habitantes y la población de 65 años y más representó 8,4% de la población total, es decir 6114 personas (INEC, 2015).

Estos datos anteriores, son relevantes ya que las personas adultas mayores de la presente investigación residen en un hogar de larga estancia, ubicado en el cantón Turrialba, en el distrito de Turrialba.

Aunado a lo anterior, la investigación se realizó en el centro de larga estancia llamado Hogar de Ancianos San Buenaventura, el cual, es un centro de bien social, sin fines de lucro, declarada de Utilidad Pública ante el Ministro de Justicia. Ubicado en San Juan Norte de Turrialba, que tiene capacidad para brindar hogar a cien personas adultas mayores con diferentes grados de dependencia y necesidades, que residen ahí por motivos de abandono o dificultad para

satisfacer sus necesidades por redes de apoyo informal.

Según la información proporcionada por la encargada de enfermería y la coordinadora, la institución fue creada por el movimiento en la Cámara de Productores de Caña en 1972. Donde Domingo García Villalobos y Cristóbal Pizarro Herrera unieron sus esfuerzos junto con otras personas para gestionar la creación de la institución.

Sumado a lo anterior, a partir de dicho año se inicia una serie de acciones encaminadas a la construcción de dicha institución, en 1977 se construyó el primer edificio, en el año 1979-1980 se terminó el salón de mujeres, salón de hombres y el comedor. En el año 1982 se crea la capilla y en 1985 se construye la segunda planta conocida como varones 2 y las oficinas. Fue en el año 1980 donde abrieron sus puertas con ocho personas adultas mayores. Posteriormente, se construyó el departamento de terapia y en 1994 se crearon los módulos.

En síntesis, la construcción ha ido creciendo con el paso del tiempo y actualmente tiene un área de construcción de 2600 metros cuadrados y para el 20 de mayo del 2021 brinda hogar a setenta y cinco personas adultas mayores y cuenta con un equipo interdisciplinar conformado por personas administrativo, enfermería, terapia física, nutrición, asistentes de pacientes quienes cumplen labores de higiene y limpieza, mantenimiento y chófer de transporte.

Además, es importante mencionar que dicha institución se financia por medio del aporte efectivo del CONAPAM y La Junta de Protección Social (JPS), las donaciones de empresas y personas de la Comunidad de Turrialba, ya sea dinero efectivo o en especies y por actividades realizadas por la Junta Directiva. Así como aportes de proyectos específicos de instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), CONAPAM y JPS. Esto es relevante ya que el 60% de las personas adultas mayores que residen en el hogar de larga estancia fueron abandonadas en la institución y el 51% aporta su pensión de Régimen No Contributivo.

### ***3.2.2 Consentimiento informado***

El consentimiento correspondió a un formulario con base en la Ley No. 9234 “Ley Reguladora de investigación biomédica” y el “Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos”, donde se explicó con lenguaje sencillo y claro el propósito del proyecto, que se haría, así como los riesgos, beneficios, voluntariedad y confidencialidad del mismo (Ver Anexo 2).

Lo anterior, para dar relevancia a la voluntariedad y confidencialidad como principios que respetan los derechos de las personas adultas mayores. Únicamente se solicitó como datos personales el nombre, la edad y años de institucionalización, sin embargo, a estos datos sólo tiene acceso la persona investigadora y se respeta el anonimato, reemplazando los nombres reales por unos ficticios al presentar el análisis y conclusiones de la presente investigación.

Posterior a la lectura y aceptación del consentimiento informado, se procedió a la ejecución del grupo de enfoque, técnica que fue empleada en dos encuentros, en un tiempo máximo de una hora cada uno, donde se abordó la guía de tópicos, propiciando en las personas adultas mayores informantes la expresión con libertad, por medio de un proceso de comunicación interpersonal que permitió el acercamiento a una realidad social, es decir, los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado.

### **3.3 Técnica para la recolección de la información**

Se utilizó el grupo de enfoque como técnica para recoger la información. Esta técnica consiste en una reunión grupal pequeña o mediana conformada por tres a diez personas, donde se conversa a profundidad sobre un tema o varios en un espacio relajado bajo la dirección de una persona. Su propósito es analizar la interacción entre las personas participantes y construir significados colectivos (Hernández- Sampieri, Mendoza- Torres, 2018).

Anudado a lo anterior, la unidad de análisis es lo que expresan y construyen colectivamente las personas del grupo, esto mediante la conducción eficaz con el propósito de alcanzar los objetivos. Para lograr esto, fue indispensable por parte de la investigadora motivar la participación en todas las personas del grupo y propiciar el respeto al turno de cada persona para expresarse. Además, fue fundamental determinar el número y perfil de personas del grupo, así como organizar y determinar el número de las sesiones (Hernández- Sampieri, Mendoza- Torres, 2018).

Se realizaron dos sesiones de grupo focal con las personas participantes en el Hogar San Buenaventura, con un total de cuatro personas adultas mayores. Las sesiones fueron orientadas por una guía de tópicos, relacionada con los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado. Que se validó con anterioridad, con dos personas adultas mayores (un hombre y una mujer) en el Hogar de Ancianos Los Santos, ubicada en Tarrazú de San José.

Dicho encuentro fue grabado en voz y video y una vez analizado, se procedió a realizar las modificaciones en la guía de tópicos, con el fin de validarla. Es importante añadir que se brindó una copia en PDF del consentimiento informado a la profesional en Terapia Ocupacional del Hogar Los Santos (quien también apoyo en la revisión y validación de la guía de tópicos) y se procederá a borrar el video una vez presentado el trabajo de investigación.

En relación con el grupo de estudio se realizaron los grupos de enfoque realizando una introducción informativa del nombre de la investigación, objetivos de la misma y lectura, explicación y aceptación por voz del consentimiento informado; se llenó de manera física por la investigadora y se aceptó por audio, esto con el fin de disminuir riesgos en lo referente al COVID19 al manipular y compartir objetos de manera continua.

Se recolectó información para analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado, mediante la expresión de vivencias, significados y percepciones del grupo de personas adultas mayores en un ambiente natural, es decir, el hogar de larga estancia donde

residen.

La ejecución de los grupos de enfoque siguió las disposiciones de la coordinadora del Hogar de Ancianos San Buenaventura. Estas disposiciones se determinaron en una reunión virtual por la aplicación Zoom, donde se realizó una explicación de la investigación y se acordó la ejecución del grupo de enfoque de manera presencial, respetando los lineamientos del Ministerio de Salud en lo referente a la pandemia ocasionada por el COVID19, en un tiempo máximo de una hora, máximo dos encuentros, con mascarilla, distanciamiento social y resultado de laboratorio negativo por PCR COVID19 por parte de la investigadora.

En dichos grupos de enfoque solo estuvieron presentes las personas participantes y la investigadora. Ninguna persona de la institución contó con datos de la investigación, ni formó parte del proceso de recolección: de esta forma se respetó el principio de confidencialidad. Las experiencias de grupos de enfoque fueron almacenadas por medio de grabaciones de voz y serán eliminadas una vez realizada la investigación.

### **3.4 Procedimiento para el análisis de la información**

Luego de recopilar la información por medio de los grupos de enfoque o focales, se procedió a seleccionarlos según la categoría y subcategorías previamente identificadas, así como, el surgimiento de otras. Para realizar el análisis de los datos, se utilizó la propuesta de Taylor y Bodgan (1987), el cual se conforma de tres etapas:

#### **a. Primera etapa: Descubrimiento en progreso**

Esta primera etapa, se encuentra estrechamente relacionada a la recolección de la información, ya que permite ubicar la información recopilada en la categoría y subcategorías de análisis o bien, a categorías o subcategorías emergentes, con el fin de dar sentido a la información. Esto fue posible, mediante la transcripción de las grabaciones de voz, pues permitió

relacionar la información con el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado.

### **b. Segunda etapa: Codificación**

Esta fase inició posterior a la recolección de información en los grupos de discusión. Una vez recopilada la información, se codificó y refinó la interpretación y comprensión del tema de investigación.

Es decir, una vez transcrita la información, se codificó para posteriormente elaborar categorías y subcategorías de análisis, ya sean las identificadas inicialmente o que surgieron según la información obtenida. Lo anterior, permitió condensar e interpretar la información según los objetivos de estudio y dar coherencia a la información obtenida a través de un proceso cuidadoso que requirió de organización para transformar la información (Gurdián-Fernández, 2015; Rodríguez et al., 1999).

A continuación, se presenta una matriz (Figura 1), que plasma la categoría y subcategorías de la presente investigación, a las cuales, se atribuyeron palabras claves según su definición para facilitar el proceso de codificación.

**Figura 1. Matriz de categoría y subcategorías para análisis de la información**

Objetivos General		Objetivos Específicos	
Analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.		<p>-Reconocer el factor de empatía del cuidado humanizado un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.</p> <p>-Determinar la forma en que el factor esperanza del cuidado humanizado se presenta en las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.</p>	
Categoría	Palabras claves	Subcategoría	Palabras claves
<b>Cuidado humanizado:</b> relación interpersonal y sostenida, que haga sentir a la persona importante, para promover el desarrollo potencial y crecimiento personal que satisfaga las necesidades individuales.	Relación interpersonal	<b>Empatía:</b> vivencia que consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e identificarse con sus sentimientos, con el fin de adquirir un compromiso y dar cuidados. Implican una emoción que debe ser demostrada	Ponerse en el lugar de la otra persona
	Relación sostenida		Identificarse con sentimientos de otros
	Sentir a la persona importante		Compromiso
	Promover el crecimiento		Dar cuidados
	Promover el desarrollo		Demostrar una emoción
	Satisfacer necesidades		
		<b>Esperanza:</b> estado motivacional donde la persona cuidada es un ente activo, que le permite enfrentar crisis a través de metas con soluciones positivas que favorezcan la propia evolución, generen bienestar y sentido de vida. Esto, mediante procesos simultáneos que involucran compromiso, planificación, conocimiento propio y del medio con el fin de modificar o fortalecer factores externos	Ente activo
			Enfrentar crisis
			Metas con soluciones positivas
			Evolución propia
			Bienestar y sentido de vida
			Compromiso
			Planificación
	Conocimiento propio y del medio		

Fuente: elaboración propia

**c. Tercera etapa: relativización de los datos**

Dicha etapa coincide con la presentación de los hallazgos y conclusiones por medio de una tesis que es expuesta ante un grupo de personas para su difusión y presentación, donde se exponen los principales resultados y conclusiones.

Además, se expone una síntesis del informe final a las personas participantes y responsables de la institución. Y se entrega a la persona encargada de la administración de la institución una síntesis del informe final. Esto de manera presencial o virtual según las disposiciones establecidas por la propia institución.

Este proceso de presentación y difusión permite a la persona investigadora alcanzar una mayor comprensión de los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.



**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

En el siguiente capítulo, se desarrolla el análisis de la información recopilada en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia. Información obtenida a través de grupos focales o de discusión.

Por lo cual, es fundamental, dar a conocer las personas participantes de la investigación. El cuadro 1, que se plasma a continuación contiene el nombre ficticio de las personas participantes, la edad y años de residir en el hogar de larga estancia.

Cuadro 1. Personas participantes de los grupos focales

Nombre	Edad	Años de residir en el hogar
Mariana	68	1
Karla	70	3
Mario	73	3
Manuel	84	2

Fuente: elaboración propia

Lo anterior, es relevante ya que permite contextualizar la realidad de las personas participantes que residen en un hogar de larga estancia, en relación con el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado. También, es importante mencionar que Karla y Mario son pareja. El análisis de la información se presenta según la categoría y subcategorías de análisis iniciales.

#### 4.1 Categoría Cuidado Humanizado

De acuerdo con lo expuesto, el cuidado humanizado es una relación interpersonal y sostenida, que hace sentir a la persona importante, para promover el desarrollo potencial y crecimiento personal que satisfaga las necesidades individuales. El concepto de cuidado ha evolucionado con el pasar del tiempo, inicialmente fue visto con una connotación física y biológica enfocada principalmente en la satisfacción de necesidades básicas, protección y socialización. Posteriormente implicó el autoconocimiento, la actitud consigo mismo y con los demás (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas- Jiménez, Pacheco-Arce y Ramírez-Pérez, 2014).

En relación con lo anterior, esta evolución del cuidado es experimentada por las personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, donde experimentan el cuidado como una acción que involucra personas, Mariana expresó *“cuidado es de varias personas, humanizar es de que es de la humanidad”*.

Además, esta relación involucra personas totales, con actitudes actuales que son consecuencia de vivencias anteriores que se relacionan y permiten a la persona percibirse como merecedora de apoyo (Grupo de cuidado, 1998). Así lo experimentó Karla al recordar sus vivencias al ingresar al hogar de larga estancia *“ah yo me sentí muy bien. Me sentí en la gloria, porque digo yo: esta calle, y esta vida que lleve tan mal, perdone Johannita, tan maldita, tan mala vida y tan intrusa y de todo decía yo, llevando cuero y todo, porque yo tomé mucho licor”*.

El relato anterior, es un ejemplo de cómo en los hogares de larga estancia responden como estrategias de protección social, ya que solventan necesidades que brindan seguridad y amparo.

Es decir, estas entidades ejecutan roles concretos en beneficio de las personas adultas mayores, Karla recuerda, *“estuve mucho también con la trabajadora social, yo le decía: ay doña Marielos, ¿qué hago? Porque yo le conté mis cosas, mi situación. Y ella me decía, podemos llevarla a un albergue o algo, que usted se fuera, para que esté mejor, y me dijo, ¿a usted no le gustaría irse? Y yo le dije ah sí sí... no quería seguir con la mala vida”*. Desde esos momentos previos al ingreso al hogar de larga estancia, las alternativas que buscaba esa profesional se caracterizaron por elementos que le aportaran bienestar a la señora, que sufrió de un período en condición de callejización.

En otras palabras, la profesional identificó necesidades específicas en la persona adulta mayor y trató de solventar estas mediante la institucionalización, con el fin de disminuir riesgos y amenazas para la integridad y salud de la persona.

Aunado a lo anterior, cabe agregar que los equipos interdisciplinarios atienden necesidades específicas en el diario vivir de las personas adultas mayores, Mario recordó *“día en ese momento, todo todo fue un cambio grande en la vida...Y ya nos dice: bueno vamos a hacer las vueltas, vamos a ver, vengan conozcan a ver si les gusta o qué. Y era una maravilla”*.

Sumado a lo anterior, lo cierto es que residir en hogares de larga estancia es una opción cada vez más frecuente, esto por lo cambios en las dinámicas familiares y sociales; Karla al expresó *“yo dije ahh si, si me sirve, si me sirve para irme para allá, para el hogar de ancianos”*.

A lo anterior, se une la evolución del cuidado que permite satisfacer necesidades de primer nivel, es decir, biofísicas (Watson, 2007; Urra et al., 2011) y así se consolida con la vivencia de Mario en el hogar de larga estancia *“un cambio grandísimo. Porque aquí lo caminan a uno. A mí me han llevado cuatro veces, cinco veces a Cartago...”*, Manuel al recordar *“... yo le dije a la enfermera deme una pastillita... y ella me dijo, ah no no, usted tiene que ir al hospital. Inmediatamente me mandó al hospital, si, y después de eso me cué un poquillo”*.

En otras palabras, los cuidados tienen como finalidad preservar la vida mediante la satisfacción de necesidades, tales como la alimentación, así como necesidades de vivienda, protección y socialización (Rodríguez- Jiménez, Cárdenas- Jiménez, Pacheco-Arce, y Ramírez- Pérez, 2014). Mario expresó algunas de sus perspectivas al respecto: *“bueno diay, comenzando las cocineras, son las más maravillosas, bendecidas por Dios, que ellas, hacen la fuerza para estar a las 5 de la mañana para alistar el café para las 7. Ya a las 7 tomamos, a las 9 nos dan una un postre”, “la comida, bueno nos dicen lleguemos a las 11, para esperar media hora ... gracias a Dios, la voluntad de Dios, no nos ha faltado nada aquí. La ropita, la comia, los eeh eeh eeh, los alimentos, de todo, gracias a Dios, no se puede negar ... a las 3 de la mañana todos esta abajo, bañando, la mayoría, porque están cambiando las camitas, día por medio cambian aquí todo, va pa lavandería”*.

Lo anterior, permite concluir que la forma en que las necesidades básicas son satisfechas por el equipo interdisciplinar les comunica a las personas residentes que son importantes, valoradas y que los cuidados se ofrecen con gusto.

Además, la socialización del cuidado permite la satisfacción de necesidades de segundo nivel; funcionales, así lo sustenta Mario al expresar *“aquí me han puesto ya a caminar, otra vez, esta muchacha”, “otra cosa, es que a uno lo ponen a hacer de todo a uno, cosas muy buenas”*. Manuel agrega: *“ahh bonito, yo lo que hago ahora, para entretenerme un poquito, es pintar, me pongo a pintar una hora. Ahora antes de venir estaba pintando”*.

También, las necesidades físicas y funcionales son importantes e integrativas, son necesidades de tercer nivel que permiten percibir la pertenencia, la gratificación y los logros. Mario recuerda: *“yo llego donde don Oscar, ah bueno él está en la camita y él me saluda de lo más bien, y ya le llevo ... la botellita y el agua.... aquí es rarísimo el que no le habla verdad. Aquí todos conversamos, todo el mundo, todos, todos”*.

Aunado a lo anterior, el cuidado implica un crecimiento bidireccional, que requiere de habilidades de comunicación (Heras de la Calle, Nieto y de Argenta, 2017) con las personas adultas mayores, Mario lo experimento así al decir *“voy a pedirles un favor, si a ustedes les sirve... Mañana no trabaje y a las 9 este aquí”*.

La vivencia anterior permite concluir que hubo una comunicación efectiva que involucró a la persona en su decisión de cuidado respetando su privacidad y limitaciones, así lo reafirma nuevamente Mario al decir, *“otra cosa, otra cosa, tienen un respeto”*.

Además, estas habilidades no técnicas en profesionales sanitarios favorecen las oportunidades de aprendizaje, Mario expresa *“charlas por aquí, aquí, el que no quiere manejar esto, no es exigido, todas las máquinas, mejor dicho”*. La satisfacción de esas necesidades implica conocer la persona y sus habilidades, centrándose en detalles que permiten realimentación.

Aunado a lo anterior, el mismo participante expresa: *“bueno, para mí, yo digo, que quedaría para toda la vida, lo que aprendí aquí, porque he aprendido mucho, se ve mucho la diferencia, en todo”*. Lo mencionado conlleva paciencia, confianza y humildad para comprender que cada cuidado es individual.

Es decir, el cuidado es consustancial a la existencia e involucra moral, ética, amor, preocupación consigo mismo y con las personas que nos rodean (Rodríguez- Jiménez et al., 2017). Así lo confirma Mario, al expresar *“aquí, trata uno de servir, diay si yo lo veo mal a él, trato de hacerle algo”*. El cuidado de las personas adultas mayores no es percibido únicamente por parte de las personas profesionales que laboran en el centro de larga estancia, sino también, con el cuidado que brindan y reciben de sus pares. El cuidado avanzado interpersonal e intrapersonal involucra el cuidado no solo consigo mismo sino hacia y con las personas que le rodean. Si bien es cierto, la teoría establece que el cuidado es una relación bidireccional, se habla

de una persona cuidadora y una cuidada, no una relación bidireccional entre personas cuidadas.

El hallazgo anterior, coincide con el concepto de reciprocidad, que establece una obligación moral cuando una persona esta con posibilidades reales de asistir a quien lo necesite, esto mediante vínculos entre personas familiares o no familiares. Es importante destacar que este concepto implica una capacidad de esfuerzo para valerse a sí mismo y una oportunidad para desplegar esfuerzos (Millán Valenzuela, 2021).

También, es importante mencionar, que la reciprocidad junto con el valor de la reputación y la confianza, están estrechamente relacionados a la cooperación. Esta acción permite satisfacer objetivos comunes por medio de la cooperación. Si bien es cierto, este mecanismo depende del contexto social y cultural que rodea a la persona, permite mantener relaciones cooperativas entre varias personas (Calvo Patrici, 2020).

Por otra parte, el cuidado humanizado permite satisfacer necesidades de diversos niveles; se trata de un cuidado bidireccional, bajo valores altruistas que permiten posicionarse en la situación de la otra persona, mediante una relación paralela que empodera a las personas adultas mayores como actores activos de su propio cuidado y el de los demás. El cuidado puede ser ejercido entre personas iguales, es decir, entre personas adultas mayores o personas cuidadas, estas acciones de cuidado genera sentimientos gratificantes en las personas (Rodríguez-Jiménez , et al., 2017). Mario refiere que *“yo le sirvo a too el mundo, vea, a los abuelos, porque aquí los llamamos abuelos a toos vea, los abuelos. Nosotros... nos levantamos, nos bañamos y nos vinimos, lo primero, a poner los baberos, ellos contentísimos, hay otro abuelo, que no puede moverse, ya yo tengo tres años de alistarle el vasito”*.

No obstante, se puede agregar que el cuidado implica habilidades de comunicación y autogobierno; donde la persona adulta mayor busca oportunidades de aprendizaje y pone en práctica conocimientos propios para responder de la forma esperada (Rodríguez-Jiménez, et al., 2014).

Se puede agregar, que las experiencias vividas funcionan como factores de protección en personas adultas mayores y estos aprendizajes impulsan a cuidar de los seres que los rodean, generando bienestar mutuo y gratificación, así como el fortalecimiento de la empatía y esperanza mutua.

Así lo vivió Manuel al recordar *“fui a agarrar una silla, para arrimarme más, así, y no me voy cayendo ahí. Vieras que golpe me llevé, en una nalga... como a medi noche, viera, no aguantaba el dolor, y Carlos, que duerme en el mismo cuarto con uno, fue a llamar al enfermero. Y me mandaron al hospital, ahí me examinaron, no salí con nada mal”*.

Estas experiencias de disponerse a entender necesidades ajenas y cuidar de las capacidades propias para responder de manera adecuada, implica confianza; ya que si bien es cierto permite el crecimiento, a su vez puede implicar enfrentarse a lo desconocido. Así lo experimentó Mariana al recordar *“hay una señora en el salón de mujeres, que le cuesta caminar, entonces yo la agarró de la mano y la ayudo a caminar... un día iba con otra señora y la otra señora iba agarrada de la mano mía, y se resbaló y se cayó y me jaló a mí, entonces las dos caímos. Yo a como pude me levanté, a pedir auxilio”*.

Las vivencias anteriores, permiten proteger la dignidad humana, hay una armonía tanto de la persona que recibe cuidado como de la que cuida, esto por medio de acciones que se vuelven parte de la historia de vida y se caracteriza por la paciencia, humildad, esperanza y valor. Así lo evidencia Mariana al expresar: *“¿qué hora es? Es que tengo que ir a ayudar a doña Lorena”*. El cuidado forma parte de la cotidianidad y rutina, promueve el desarrollo que genera bienestar, sentimientos de desarrollo, crecimiento, evolución propia y sentido de vida (Caro, 2009; Rogers, 2004).



Además, al preguntar sobre los sentimientos vividos al ayudar a personas adultas mayores con las cuales residen manifiesta Mariana *“muy bien”*, Manuel *“se siente uno bastante bien”* y Karla *“se siente bien y la persona queda agradecida”*.

Todas las vivencias anteriores subrayan que el cuidado entre iguales es frecuente y posible si se conoce las posibilidades reales y posibles de ambas personas. Es decir la empatía y esperanza del cuidado humanizado no solo se vive entre personal interdisciplinar, sino entre personas cuidadas.

Por otro lado, el cuidado humanizado implica una relación interpersonal, sostenida e integrativa que permite satisfacer necesidades individuales de diversas índoles (Grupo de cuidado, 1998), así lo evidencia Karla al decir *“vine para que me den amor y me den cariño aquí, yo pensando que yo allá estaba mal, vine para aquí para mejorar la situación”*.

Sumado a lo anterior, el cuidado humanizado implica conocer la diversidad de contextos de donde provienen las personas y requiere una formación en valores altruistas. Asimismo, permite expresar sentimientos de manera bidireccional para favorecer la autenticidad en la relación (Watson, 2007; Urra et al., 2011).

Además, estos sentimientos pueden ser positivos o negativos y generan en consecuencia confianza y comprensión, además de autenticidad. Así lo experimentó Manuel al vivir *“un disgusto con un asistente. Y, y, me enojé mucho. Y, y lo trate mal...ese asistente me dio una broma a mí y yo andaba como de chicha, andaba como majaderillo y no por nada, natural. Y fue cuando se me alzó el apellido y lo traté mal”*.

Sin embargo, es importante agregar que el cuidado humanizado puede implicar establecimiento de límites, siempre y cuando sean razonables. La siguiente expresión de Karla ilustra esta situación: *“cuando se enoja uno, uno se siente mal porque le jalaron la atención... A mi varias veces me han llamado la atención y si, uno dice: si tiene razón, si hay que hacerlo,*

*hay que cumplir, con ser responsable”.*

Las vivencias anteriores representan autenticidad y confianza en la relación de cuidado humanizado, respetando la libertad en la expresión de sentimientos y enseñanza-aprendizaje en dicha comunicación. Es decir, permite el cultivo de la sensibilidad hacia la misma persona y los demás, esto, por medio de sentimientos que se expresan sin negarlos, pero sin afectar el respeto a alguna de las personas (Watson, 2007; Urra y et al., 2011).

A su vez, la expresión de sentimientos tanto negativos como positivos son inherentes en la confianza e implican autenticidad, honestidad y disminuyen el estrés. Manuel tuvo una vivencia así: *“vine donde Camila a decirle que, que di yo me había enojado y había tratado mal al asistente y ya Camila me dio consejos y, y me dijo vaya y se arregla con él. Inmediatamente fui y le pedí perdón y ya somos amigos y todo... Se siente uno como más libre se puede decir”.*

Lo anterior ilustra que el cuidado humanizado permite resolver problemas de manera creativa, disminuyendo posiciones rígidas o de poder entre la persona que brinda cuidado y la persona que lo recibe (Watson, 2007; Urra y et al., 2011). En relación con esto, se puede mencionar la vivencia de Karla de que *“al principio todos tenemos que ser mejor, cambiar, verdad. La forma de cambia, es que si uno se porta mal, hay que cambiar. Si a uno le dicen tal cosa, administración, sea la jefa, sea Bernardita, ponerle atención, responsabilidad, todo eso verdad”.*

Por ende, las vivencias de cuidado conllevan a enseñanza y aprendizaje, donde la persona adulta mayor es un ente activo de su propia salud y toma decisiones en relación con su estado. Karla expresa *“me da ese colerón, verdad, y yo ay Diosito quítemelo, ayúdeme, ayúdeme a salir de esto, porque no quiero, yo quiero ser otra persona”.*

En ocasiones, los aprendizajes se relacionan con la comprensión de los elementos necesarios para tener interacciones satisfactorias con las demás personas, tal y como lo expresó Manuel expresó: *“bueno diay, si uno se porta malillo, pues claro, diay, el que lo atiende a uno no le gusta. Y si uno se porta bien, pues bien lo tratan”*.

A partir de esta categoría se desprenden dos subcategorías, en las cuales, se analiza el significado de las vivencias del factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado en el grupo de personas adultas mayores.

#### ***4.1.1 Subcategoría empatía***

La empatía comprende una preocupación por las demás personas, es colocarse en su lugar; y comprende una parte emocional y una cognitiva, es un acto paralelo de dar y recibir (Singer, 2017; Urra, et al., 2011; Watson, 2007).

En relación con lo anterior, las personas participantes la conciben, al igual que con el cuidado humanizado, como que opera en ambas vías, no es solo de la persona profesional hacia la persona mayor residente; para estas, la empatía también significa colaborar y contribuir en el cuidado de pares. Mario sostiene que *“para mí lo más grande que he tenido desde que estoy aquí, hace tres años, el primer día yo vi que que, que se le hacia un favor era limpiarle todas las mesas, barrerle, tengo tres años, gracias a Dios”*, *“es una alegría cuando llega uno, buenos días, buenos días aunque no puedan moverse de la silla pero todos nos saludan, y ya ellos se extrañan cuando no llega uno”*.

Si bien es cierto, el cuidado implica conocimientos y habilidades que consideren las dimensiones de la persona, se debe tener una responsabilidad ética y moral, con conocimiento científico y capacidad de relacionarse sin juicios de valor (Llanes-Betancourt, 2007; Guerrero-Ramírez et al., 2016; Caro, 2009; Rodríguez- Jiménez et al., 2014).

Asimismo, el cuidado debe incluir la comprensión del mundo de la otra persona, con el fin de determinar los cuidados específicos que requiere (Muñoz- Devesa, Morales- Moreno, Bermejo- Higuera, González- Serna, 2014; Rogers, 2004).

En correspondencia con lo anterior, las cuatro personas participantes visualizan su vivencia como grata. Mariana expresó que *“ellos son muy buenos”*; Mario manifestó *“aquí es de lo más lindo, verdad”*; Karla recordó *“aquí nosotros estamos bien, porque estamos tranquilos. Estamos bien, diay, porque vea con esta cosa que está pasando, diay, se cerraría, como dice la jefa, se cierra todo, y ya. Es que ha sido muy duro”*; y Manuel enfatiza en el cuidado recibido cuando sufrió una situación de salud: *“bueno, diay, pongamos que aquí, primeramente, que las personas del centro del hogar, agradecerles que me llevaran al hospital”*.

Es decir, las necesidades de primer, segundo y tercer nivel están satisfechas y se perciben como cuidados brindados con amor, bondad y empatía. Mariana mencionó *“a mí nunca me han regañado...ellos son muy buenos”*. Estas vivencias son significativas para las personas adultas mayores y en consecuencia permiten fortalecer relaciones auténticas. Así lo expresó Karla al recibir ayuda de un profesional de la institución *“muy agradecida, contenta con Dios, con la ayuda de nuestro Dios, y con lo que ella, con la inteligencia de ella, el estudio, la preparación”*.

Además, al responder acerca de momentos en que se había sentido una persona comprendida, Mario mencionó *“sí, porque si hay tiempo que uno se siente mal y ellos vienen al momento a recibirlo a uno, vea, para darle ayua. Y si es de llevarlo al hospital, al momento lo llevan, si es de dejarlo en el hospital, lo dejan, o ahí lo tienen las horas que pueden tener. Di es una bendición de Dios para uno”*.

Por otra parte, hay algunas vivencias que son percibidas como limitantes, tales como las mencionadas por Mario *“sí, pero aquí, los que están trabajando no les gusta, porque seguro piensan que les van a quitar el puesto (risas)”*, Manuel *“yo no, yo nunca le he ayudado a ninguno, porque no lo dejan a uno”*, *“no lo dejan meterse a uno a los demás cuartos.”* Estas

vivencias concuerdan con lo mencionado en el marco teórico, el cual establece que las relaciones entre las personas cuidadoras y adultas mayores están determinadas y regidas por normas estandarizadas, que modifican el estilo de vida y rol social de la persona adulta mayor (Lima-Fagundes et al., 2017).

Aunado a lo anterior, estas vivencias acarrearán consigo procesos de adaptación, así lo recuerda Mariana, *“hay un señor que es amigo mío, que está conversando conmigo y llegó una enfermera y le dijo: apártese de ahí, porque no son del mismo, no somos del mismo. Es que yo estoy en mujeres y el señor está en hombres, no somos de la misma”*.

En síntesis, el hogar de larga estancia centra su cuidado en crear entornos protectores que brindan asistencia a necesidades humanas, esto a través de la empatía, como valor altruista, que comprende la parte emocional y la parte cognitiva. Sin embargo, el recargo de funciones, poco recurso humano, bajos presupuestos y carencia de normas eficaces afectan las relaciones de cuidado (Singer, 2017; Urra, et al., 2011; Watson, 2007; Cirilo- Gonçalves et al., 2015; OMS, 2015; Blanca- Gutiérrez et al., 2013).

Sumado a lo anterior, se puede añadir que la exigencia de conocimientos técnicos y especialización de los cuidados ocasiona una priorización a la parte física, así como a la eficiencia y efectividad de la gestión sanitaria. Podría ser el caso que las manifestaciones de empatía se vean limitadas por las demandas de un trabajo fragmentado que se organiza para las personas profesionales en tareas y según un horario (Moré- Corral, 2016; Solís García del Pozo, 2018).

#### ***4.1.2 Subcategoría esperanza***

La vivencia de recibir un trato empático promueve el desarrollo del otro factor, la esperanza. Por ejemplo, Mario expresaba que *“lo que nos recordábamos siempre, nos recordamos de eso para servir a otra persona”*, *“entonces en ese momento lo llevan a uno y ñai le echan media bendición, muchas gracias por el favor”* y Karla *“si, compañerismo,*

*humanidad*”; el que las personas adultas mayores participantes sean empáticas con el equipo profesional que brinda cuidados y con las personas adultas mayores con quienes conviven, les hacen sentir que pueden colaborar en actividades de cuidado hacia aquellos que tienen alguna limitación para sus actividades de la vida diaria.

Lo anterior, reitera nuevamente que la empatía y esperanza del cuidado humanizado se vive entre iguales, incluso las personas adultas mayores contribuyen y sienten gratificación al colaborar con el quehacer del equipo interdisciplinar.

En relación con lo anterior, la esperanza genera confianza para resolver crisis y aprender de estas, promoviendo el bienestar y sentido de vida. También genera bienestar porque se manifiesta en establecimiento de metas y definición de las medidas a tomar para alcanzarlas. Los factores del cuidado humanizado están basados en formación humanista guiada por valores altruistas que permiten el fortalecimiento de la fe y la esperanza. No obstante, también se refleja la contraposición de emociones como el miedo a enfermedades y dependencia física ante la esperanza y compasión, lo cual concuerda con estudios anteriores (Arroyo-Rueda; y Soto-Alanís, 2013).

Con su expresión, Mario manifiesta que su perspectiva coincide con lo expuesto: *“yo he visto personas, que, que están alentadas y al momento las veo que se acuestan y al momento no se levantan. Ya no, porque yo estuve aquí cuando llegue, yo no sabía que, que le daban a uno pelota para sembrar, estuve como 6 meses ahí en el 1, parecía un vástago, tirado en la cama (risas), durmiendo, ya cuando me iba a levantar ya no aguantaba el cuerpo, ya no aguantaba nada”*.

Además, la esperanza es un comportamiento social que tiende a intensificar la participación en actividades físicas, espirituales, recreativas y sociales, si se encuentran arraigadas de manera significativa en las personas. Al mismo tiempo, permite un intercambio de experiencias de adaptación social enlazadas a la convivencia en la institución (Stefani, et al., 2013; De Carli, et

al., 2012).

Aunado a lo anterior, cuando a Manuel se le preguntó acerca de sus metas, manifestó *“ah, muchísimas enseñanzas. Porque yo aquí, lo más grande, no es hablar, ahí ta, es que yo le sirvo a too el mundo”*.

El logro de metas genera efectos positivos que se acumulan a lo largo de la vida y funcionan como factores de protección (Jiménez-Segura, Chinchilla-Jiménez y Arguedas-Negrini, 2018). Es crucial para la edificación de la esperanza, no obstante, que ésta se base en posibilidades realistas (Rodríguez-Jiménez et al., 2014). En ocasiones, la meta establecida es para introducir una mejora, por ejemplo, cuando Manuel se propuso a *“cambiar uno, es que, es que, pongamos, tener tener, meterse uno en la mente y en corazón que no vuelva a pasar más”*. Karla experimentó algo similar y relató: *“sí, uno tiene que ser responsable, Johannita, de sí mismo”*.

Este tipo de vivencias aporta satisfacción, ya que la energía se dirige al logro de propósitos que son producto de vivencias propias y de las personas con las que se comparte (Jiménez-Segura, Chinchilla- Jiménez y Arguedas- Negrini, 2018; Urra y et al., 2011), Mario agregó a su relato *“un día le conté a Juan y ya él me dijo: no, aquí no le quitamos nada, ustedes si quieren sembrar algo, vaya y siembra. Y hice una milmita ahí, todo el mundo, comía elotes, la cocina, todo el mundo, y ya comencé yo. Y ya volví yo”*.

Por ende, las vivencias han sido enriquecidas por una actuación profesional con conocimiento sólido, ya que contemplan habilidades efectivas de comunicación, relaciones profesionales con los integrantes de cuidado, relaciones profesionales con miembros del equipo sanitario y apoya a las personas residentes en el centro. Esto genera bienestar y conlleva una responsabilidad ética. Mariana valora que *“aquí nos tratan muy bien, todos”, “los jefes, los que nos cuidan”*, el personal tiene conciencia personal y compromiso para lograr metas.

Aunado a lo anterior, la satisfacción de estas necesidades facilita la satisfacción de necesidades superiores intrapersonales e intrapersonales. Al reflexionar más acerca de la esperanza en sus vidas, las personas participantes expresaron algunas de sus ilusiones. Mariana: *“yo tengo un hermano, que es diabético. Yo tengo la esperanza de que él venga a visitarme”*; Mario: *“tener la esperanza que algún día llegamos a tener casi la meta, porque yai estamos en este pensamiento, que qué día podemos salir a pasiar, o qué día podemos ir donde los familiares. Es una esperanza que nunca se termina”*.

De acuerdo con Fromm (1970) la fe y la esperanza están estrechamente relacionadas. La fe puede tener base religiosa a no y puede ser racional o irracional. En cuanto a esto, Karla indica que *“esos son milagros de Dios, Dios le da oportunidad para vivir uno”*; Manuel se apoya en que *“Dios le da la voluntad para pensar diferente”*; Karla se propone a *“poner de su parte también”*. Adicionalmente, tanto Karla como Manuel utilizan *“la fe, la oración”* como herramientas para no perder la esperanza.

En síntesis, se puede decir que la esperanza afecta el pensamiento, la percepción y la actuación y motiva acciones por medio de compromiso de las personas como entes activos de cambio conociendo que conocen sus propias capacidades y limitaciones (Stefani et al, 2013; Murillo- Aguilar, Arguedas- Negrini, 2015).

Además, las vivencias de empatía y esperanza del cuidado humanizado son guiadas por valores altruistas y compromiso ético y las personas profesionales de la institución las favorecen, al promover que las residentes y los residentes fortalezcan su autonomía, se sientan comprendidos y sean participes de su propio cuidado. Manuel expresa: *“uno siempre estando con Dios, nada es malo, uno ve las cosas bien”*, Mario: *“bueno, yo nunca he visto que me pase algo que nunca he podido enfrentar... Uno estando con Dios, no ve casi nada difícil, todo lo ve, alquito claro, ya pongámosle si uno deja de pensar en Dios, tal vez en cosas difíciles, difíciles, y bueno, eso me pasa a mí. Bueno, así soy”*.



En conclusión, esas vivencias incrementan el compromiso con la propia vida y permiten a la persona ser más integral y eficiente en su propio cuidado, ya que le permite tomar decisiones adaptadas al contexto inmediato que lo rodea (Murillo- Aguilar, Arguedas- Negrini, 2015; Rogers, 2004). Los dos factores estudiados interactúan y se potencian, lo que representa un valioso insumo a la calidad de vida de las personas mayores residentes en el centro.

Es decir, las vivencias anteriores evidencian que la empatía y esperanza son factores esenciales en el cuidado humanizado de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, ya que permiten la satisfacción de necesidades específicas adaptadas a un ámbito social y cultural que está en continuo cambio. La evolución del cuidado tiene una connotación moral que guía sus acciones al compromiso ético, en el que los valores altruistas son fundamentales en la relación bidireccional y activa por las partes implicadas.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y**  
**LIMITACIONES**

## CONCLUSIONES

- Actualmente los cambios en la dinámica familiar y exigencias sociales han ocasionado que el cuidado de las personas adultas mayores sea asumido por redes de apoyo formal e informal. Sin embargo, a pesar de que el gobierno ha realizado múltiples esfuerzos por incrementar el número de redes de apoyo formal, estos no suplen las exigencias y demanda de la población.

- A lo largo de la historia, el cuidado ha ido evolucionando, desde una perspectiva biológica a una integral. El equipo interdisciplinar que conforma las redes de apoyo formal son conscientes de esta evolución, sin embargo existen múltiples razones organizacionales y sistemáticas propias de la institución que impiden o limitan una atención integral e individualizada en personas adultas mayores.

- Las vivencias de personas adultas mayores de un hogar de larga estancia permiten ver que las necesidades de diversas índoles son satisfechas, esto por el compromiso entre la persona que brinda cuidado y la persona que la recibe; donde ambos entes son activos en el cuidado y la empatía y la esperanza son factores fundamentales para esta relación bidireccional.

- Esta investigación se centra únicamente en el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado, sin embargo, los hallazgos evidencian una interacción entre los diez factores del cuidado humanizado.

- Las vivencias de empatía del cuidado humanizado de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia evidencian que la empatía no solo se vive y recibe de las personas profesionales que brindan cuidado directo a las personas adultas mayores, sino también de personas pares, donde la solidaridad, cooperación y respeto son fundamentales para ser empáticos con personas que se convive de forma diaria.

- La historia de vida de las personas previa a la residencia en un hogares de larga estancia cala e influye en la forma de actuar e interactuar con otras personas adultas mayores. Estas vivencias actúan como factores de protección y permiten empatía ante situaciones ajenas.

- Las vivencias e historias de vida de las personas adultas mayores no han sido juzgadas por el personal que labora en el centro de larga estancia, ni por otras personas adultas mayores. Si bien es cierto estas vivencias influyen en el actuar de las personas no han impedido establecer limites a algunos comportamientos o reacciones, estos se han establecido sin menoscabar el sentido de valía de estas personas ni dejar de lado la comprensión empática.

- Desde una perspectiva gerontológica las vivencias de esperanza permiten concluir que las personas adultas mayores están anuentes a encontrar y descubrir diversos caminos para determinar sus experiencias de vida.

- Las vivencias de las personas adultas mayores en relación a la esperanza permite concluir que las personas adultas mayores son conscientes que los caminos que eligen inciden en los diversos aspectos de sus vidas y que cuentan con redes de apoyo formal e informal en caso de que estos caminos no estén claro. Lo crucial es que estos permiten alcanzar metas y resolver situaciones adversas o difíciles en la vida.

- El cuidado humanizado es reconocido como una acción merecedora por parte de las personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia, donde acciones o comportamientos positivos generan cuidados positivos. Sin embargo, es importante erradicar temores o juicios de valor por manifestar comportamientos o emociones percibidas socialmente como negativas o incorrectas. Determinar límites es fundamental para entablar relaciones basadas en respeto, pero estas no determinan o limitan un cuidado humanizado.

- La fe y fortaleza son aspectos racionales e irracionales presentes en la esperanza del cuidado humanizado de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga

estancia, lo cierto es que estos aspectos les permiten observar habilidades reales y potenciales para buscar soluciones activas ante situaciones adversas.

- Desde una perspectiva gerontológica la esperanza para esta investigación permite el sentido de vida; la adaptación humana a través de compromiso y habilidades que son resultado de experiencias propias acumuladas. Lo cierto, es que el logro de metas determinadas permite consolidar y fortalecer factores externos e internos de las personas adultas mayores.

## **LIMITACIONES**

- Ajustar la interacción e ingreso a la institución debido a la pandemia ocasionada por el COVID-19. Sin embargo, es crucial resaltar la anuencia y colaboración del personal, Junta Directiva y Administrativa de la institución para ejecutar la presente investigación.

## RECOMENDACIONES

### **A la Maestría en Gerontología**

- Fomentar investigaciones relacionadas con el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado en personas adultas mayores que residen en hogares de larga estancia, con el propósito de brindar información gerontológica relevante que permita identificar y solventar necesidades de una población que acude con mayor frecuencia a redes de apoyo formal como opción que brinda protección, seguridad y cuidado.

- Vincular el factor de empatía y esperanza del cuidado humanizado como parte del curso de autocuidado en personas adultas mayores impartido por la maestría, con el fin de brindar conocimiento moral, técnico y ético en el quehacer gerontológico. Esto permitirá mayor conocimiento en las personas estudiantes y por ende priorizar el cuidado humanizado interdisciplinar en los múltiples escenarios de acción.

### **Al Hogar de Ancianos San Buenaventura**

- Realizar actividades inclusivas con las personas adultas mayores independientes, para identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) en el cuidado humanizado recibido, esto, con el fin de determinar las necesidades específicas y considerar sus puntos de vista como entes activos y participes de su propio cuidado. Y por ende, crear estrategias que solventen esas necesidades.

- Incluir a las personas adultas mayores como entes activos en el cuidado de otras personas adultas mayores. Esto mediante actividades para satisfacer necesidades de primer, segundo y tercer nivel entre todas las partes implicadas en el cuidado. Dichas actividades supervisadas por el equipo interdisciplinar y que respeten las normas estandarizadas por entidades reguladoras e institucionales. Ya que de según el análisis de la información, ser un ente activo dador de cuidado a pares proporciona sentimientos positivos que generan bienestar y resiliencia.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Abades-Porcel, M. (2007). Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos* 18 (4), [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2007000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2007000400003&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Altuna, B. (2018). Empatía y moralidad: las dimensiones psicológicas y filosóficas de una relación compleja. *Revista de Filosofía*. 43 (2), 245-262, <http://dx.doi.org/10.5209/RESF.62029>
- Alvarado-García, A., y Salazar-Maya, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62, <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Arcos-Miranda, E y Echeverría-González, M. (2021). Profundización del olvido de las personas mayores institucionalizadas durante la primera pandemia siglo XXI. *Anthropologica*, 39(47), 265-287, <https://dx.doi.org/10.18800/anthropologica.202102.010>
- Arroyo-Rueda, M., y Soto-Alanís, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos De Trabajo Social*, 26(2), 337-347, [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.41333](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333)
- Barbour, R. (2013). Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa. España: *Ediciones Morata*, <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/24060>
- Beltrán-Salazar, O. (2015). Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=es).



- Beltrán-Salazar, O. (2014). Las instituciones de salud no favorecen el cuidado. Significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(2), 194-205, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200002&lng=en&tlng=es).
- Bernardo, A. (2010). Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope. *Elsevier* 49(8), 944-949, <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1016/j.paid.2010.07.036>
- Benedict-Chavarría, E., y Gutiérrez-Arias, J. (2005). Conocimientos, actitudes y prácticas que tiene el personal para satisfacer las necesidades de atención integral de salud de las personas adultas mayores: Hogar para Ancianos de San Ramón. San Ramón, C.R.
- Blanca-Gutiérrez, J., Grande-Gascón, M., y Linares-Abad, M. (2013). Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: La teoría de las "díadas de intercambio". *Aquichan*, 13(1), 41 <http://search.proquest.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/docview/1460987410?accountid=28692>
- Blanca-Gutiérrez, J., Linares-Abad, M., Grande-Gascón, M., Jiménez-Díaz, M., e Hidalgo-Pedraza, L (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12(3), 213-227, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4282988.pdf>
- Brenes-Camacho, G., Masís- Fernández. y Rapso- Brenes, M. (2020). II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Calvo, Patrici. (2020). Ética de la reciprocidad: La dimensión comunicativa ... y afectiva de la cooperación humana. *Revista de filosofía*, 77, 67-82. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602020000100067>

- Campos-Calderón, S. y Villalobos-Zúñiga, X. (2008). Percepción de las necesidades humanas de la población adulta mayor del Hogar para Ancianos de San Ramón: propuesta de intervención desde el trabajo social para su satisfacción. San Ramón, C.R.
- Carmona-Valdés, S. (2012). ¿Es la vejez lo que se dice de ella? *Revista Kairós: Gerontología*, 15, 11-22, <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17034/12640>
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 25 (1), 172-178, <http://www.redalyc.org/pdf/817/81711840014.pdf>
- Cirilo-Gonçalves, M; Alves-Azevedo, J., da Silva, J., y do Nascimento-Souza, L. (2015). A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. *Revista Científica De Enfermagem - RECIEN*, 5(14), 12-18, <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>.
- Jiménez- Segura, F; Chinchilla- Jiménez, R; Arguedas- Negrini, I. (21, 22, y 23 de marzo 2018). Sentido de Vida y procesos de Orientación. Un análisis desde el Enfoque centrado en el sentido. Colegio de Profesionales en Orientación. Memoria. II Congreso Nacional de Orientación “Identidad disciplinar y contexto social en la práctica profesional de la Orientación”. I Conferencia Latinoamericana de la Asociación Nacional para el Desarrollo de la Carrera (NCDA). Ponencia llevado a cabo en San José, Costa Rica, <https://congreso2018.cpcocr.org/wp-content/uploads/2018/04/Memoria%20Congreso%20de%20Profesionales%20en%20Orientaci%C3%B3n%202018.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2014). Hogares y Centros, <https://www.conapam.go.cr/modalidades/>

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2013). Envejecimiento Poblacional, <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20ENVEJECIMIENTO.pdf>
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Presidencia República de Costa Rica. (2012). Redde atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica, [https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Red\\_Cuido.pdf](https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Red_Cuido.pdf)
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Presidencia de la República. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento. Ley No 7935. San José: Imprenta Nacional.
- Correa- Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte* 7(1), 1227-31, doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- De Carli, L., Kolankiewicz- Bernat, A.; Loro, M., Schmidt- Piovesan, R.; Sonego-Gomes, J., y Stumm, E. (2012). SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO ASILAR. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 4(2), 2868-2877, <http://search.proquest.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/docview/1450016346?accountid=28692>
- Da Silva-Freitas, A. y Vilar-Noronha, C. (2010). Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 359-369, <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010>
- De la Cruz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Cuidado Humanizado. España: *Editorial Académica Española*.
- De Oliveira-Melo, J. y Rozendo-Alves, C. (2014). Instituição de longa permanência para idosos: Um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(5),

773-779, <http://search.proquest.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/docview/1641647086?accountid=28692>

Dulcey-Ruiz, E. (2015). Envejecimiento y vejez. Categorías y conceptos. *Colombia: Siglo del hombre*, <https://www-digitaliapublishing-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/a/52095>

Fernández, X (Coordinadora), y Robles, A. (Coordinador). (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>

Fromm, E. (1970). Esperanza. *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias Humanas*, 6 (3 (33)), 3-10, [www.jstor.org/stable/27932787](http://www.jstor.org/stable/27932787)

Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. (Ed. 1) España: *Ediciones Morata*.

Furstenberg, C. (2015). La empatía a la luz de la fenomenología: perspectivas en el contexto del cuidado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15 (2), 26-41, <http://www.redalyc.org/articulo.oa>

Gibbs, G. (2012). El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. España: *ediciones Morata, S.L.*, <http://www.digitaliapublishing.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/visor/24050>

Girardon- Perlini, N; Tambara- Leite, M., y Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200008>

González-Rivera A. (2010). Propuesta Modelo de Atención en Salud para el Hogar de Ancianos Alfredo y Delia González Flores. (Tesis de Maestría). San José, Costa Rica.

- Grupo de Cuidado. (1998). Dimensiones del cuidado. Bogotá, Colombia: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. y De la Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao, 2015. *Rev enferm Herediana*, 9 (2), 127-136, <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Guevara-Peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12 (1), 138-151, [http:// www.redalyc.org/articulo.oa?id=265447025009](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265447025009)
- Gurdián-Fernández, A. (2015). El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. (1 edición). San José, Costa Rica: Editorial UCR
- Heras de la Calle, G., Nieto, R., y de Argenta, M. (2017). Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá: *Distribuna Editorial*.
- Hernández- Sampieri, R., Mendoza- Torres, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. (1 edición). Ciudad de México, México: *McGraw Hill Interamericana Editores, S.A.* ISBN ebook 9781456262013, <http://www.ebooks7-24.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/?il=6443>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: *Mc Graw-Hill Interamericana*.
- Hojat, M. (2012). Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados, <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/lib/sibdilibros/detail.action?docID=3217913>.

Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica (2014). Informe de Caracterización Integral Básica Territorio Turrialba- Jiménez, [https://www.inder.go.cr/turrialba-jimenez/ Caracterizacion-Turrialba-Jimenez.pdf](https://www.inder.go.cr/turrialba-jimenez/Caracterizacion-Turrialba-Jimenez.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Estimaciones y proyecciones de población distritales por sexo y grupos de edades 2000-2025, [https://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reestimacionesdistritales\\_0.pdf](https://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reestimacionesdistritales_0.pdf)

Instituto Mixto de Ayuda Social y Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. (2021). Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, [https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031\\_0.pdf](https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). Indicadores Demográficos Cantonales, 2013, [https://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales\\_2013.pdf](https://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores_Demograficos_Cantonales/Indicadores_Demograficos_Cantonales_2013.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). La población adulta mayor se triplicará en los próximos 40 años, <http://www.inec.go.cr/noticia/la-poblacion-adulta-mayor-se-triplicaria-en-los-proximos-40-anos>

Jijón-Vásquez, R., y Blanco, M. (2018). Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1), 16-20, doi:<https://doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.04>

Kathleen, S. (2014). Cultivating empathy: Inspiring Health Professionals topics Communicate More Effectively, <https://books.google.co.cr/books?>

hl=es&lr=&id=sfv3DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&ots=gMbUgeNujw&sig=-  
Vqi-yZomnfrARieVMYTOa-YWY&redir\_esc=y#v=onepage&q&f=false

Kvale, S. (2011). Las entrevistas en investigación cualitativa. (Trad. Del amo, T., y Blanco, C.), <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/lib/sibdilibrosp/reader.action?docID=3217896&ppg=1>

Leturia Arrazola, FJ. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. ELSEVIER, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (2), 105- 112, <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>

Leite-Mendeiros, F., Galdino-Félix, L. y Lima da Nóbrega, M. (2016). Processo Clinical Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1059-1066, <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0359>

Lima-Fagundes, K; Ribeiro-Esteves, K; de Moraes-Ribeiro, M; Siepierski, J; Tadeu, C; da Silva, J., y Mendes, M. (2017). Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 210-214, <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>

Llanes-Betancourt, C. (2007). Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. *Revista Cubana De Enfermería*, 23 (3), 1 - 20, <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?sid=65186910-45e7-4ec1-b15b-b0fd362dde91%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=34056601&db=a9h>

Martínez-Rodríguez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la

intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Gobierno Vasco: *Estudios Gráficos Zure*.

Mauk, K. (2008). *Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales*. España: *McGraw-Hill Interamericana de España*.

Melo de Oliveira-J., Alves- Rozendo, C. (2014). Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5),773-779, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032830015>

Ministerio de Salud. (2018). *Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de vida 2018-2020 / Dirección de Planificación Estratégica y evaluación de las acciones en salud*. 1a. ed. San José, Costa Rica: MS.

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Colombia: Universidad Surcolombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas. *Programa de comunicación social y periodismo NEIVA*.

Moré-Corral, P. (2016). Cuidado “en cadena”: cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. Papeles del CEIC. *International Journal on Collective Identity*, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15343>

Moreira, V.; Torres, R. (2013). Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(2),181-197, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2290/229028926003>

Muñoz-Devesa, A., Morales-Moreno, I., Bermejo-Higuera, J. y González-Serna, J. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229-233, [https:// dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008](https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008)



- Murillo-Aguilar, O., y Arguedas-Negrini, I. (2015). La orientación en un contexto incierto: remoción de la esperanza durante la etapa de adolescente. 15 (1), 1-18, DOI: <https://doi.org/10.15517/aie.v15i1.17627>
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2009). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
- Olivé-Ferrer, C. (2015). Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus*, 19(3) 20-26, <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/116874/1/658084.pdf>
- Oliver , A., Galiana, L., Sancho, P., Tomás, J. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*. 15 (2): 228-238, DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.7
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y salud, [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Pan American Health Organization (PAHO). (2021). Pandemia COVID-19 Informe estratégico No 12 Período del 1 al 31 de marzo de 2021. Representación OPS/OMS, Costa Rica. file : / / / U s e r s / j o h a / D o w n l o a d s / Informe%2012%20CRI%20COVID19%20documento%20final%20revisado%20-%20Copy%20(1).pdf

- Peterson, S., Gerhardt, M., Rode, J. (2006). Hope, learning goals, and task performance. *Elsevier* 40 (6), 1099-1109, <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1016/j.paid.2005.11.005>
- Poblete-Troncoso, M. y Valenzuela-Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20 (4), 499-503, <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Riscart-Rodríguez, M., La Rosa-Mustelier, M. y González-Reyes, M. (2006). Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana De Enfermería*, 22(1), 1-6, <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?vid=10&sid=3b2389be-0b35-4830-b0e7-4550ef03d4ba%40sessionmgr4007&hid=4206&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZS Z zY29wZT1zaXRl#AN=24749164&db=a9h>
- Rodríguez-Pérez, C. (2016). La Gaceta. Alcance No 203. Poder Legislativo. Leyes Instituciones Descentralizadas. Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos. San José, Costa Rica: *Imprenta Nacional*, [https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2016/09/30/ALCA203\\_30\\_09\\_2016.pdf](https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2016/09/30/ALCA203_30_09_2016.pdf)
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1999). Metodológica de la investigación cualitativa. *Ediciones ALJIBE*
- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A., y Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145-153, [https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1016/S1665-7063\(14\)70927-3](https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.1016/S1665-7063(14)70927-3)
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A.L., Ramírez, M., Ferro, N., Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 191-198, <http://>

[dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004](https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004)

Rogers, C. (2004). El proceso de convertirse en persona. 17 edición. España: *Paidós*

Sauma, P. (2011). Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. Serie seminarios y conferencias 63, <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/ssc-red-cuidado-Costa-Rica.pdf>

Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L. y Ilesca, M. (2010). Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre las Casa y Nueva Imperial. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 49-61, <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300007>

Singer, P. (2017). Vivir éticamente. Cómo el altruismo eficaz nos hace mejores personas. España; *Paidós Estado y Sociedad*.

Snyder, C. R. (2000). Handbook of hope. Theory, Measures, and Applications, Academic Spres, [https://books.google.co.cr/books?id=2KHRRaqxTMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=2KHRRaqxTMC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false)

Solano-Esquivel, R. (2022). C ATÁ LO G O D E S E R V I C I O S D I R I G I D O S A PERSONAS CON DEPENDENCIA. Política Nacional de Cuidados. 2021- 2031. Hacia una implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Cat%C3%A1logo%20de%20servicios.pdf>

Solís García del Pozo J. Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria ¿una pareja de hecho? *pers. bioét.* 2018; 22(2): 263-270, DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.5.

Stefani, D., Hermida, P., Tartaglini, M., Pereyra-Girardi, C., Ofman, S., y Cófreces, P. (2013).

- Influencia de la esperanza en la participación social del adulto mayor. *Apuntes de psicología*, 31 (1), 29-35, <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/295/276>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2010). Introducción a los metidos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. España, *Paidós*
- Taylor, S.J y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Barcelona: *Paidós*.
- Urra, E., Jana, A., y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22, <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Watson, J. (2007). Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135, <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>
- Watson, J. (2008). Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Estados Unidos de América: *University Press of Colorado*
- Watson, J. (1999). Nursing. Human Science and Human Care. A theory of nursing. *National League for Nursing*, <https://books.google.co.ve/books?id=J1yWpFKQd3oC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Zetina-Lozano, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población, *Universidad Autónoma del Estado de México Toluca*, 5 (19), 23-41, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201903>

## **Anexos**

## Anexo 1. Consentimiento informado para la validación de guía de tópicos



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

### FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Tesis: Factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia

Nombre de la investigadora: \_\_\_\_\_

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

Medios para contactar a la/al participante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona \_\_\_\_\_

#### A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

Esta investigación corresponde a la estudiante Johanna Carvajal Coto, quien está matriculada en el Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica y para efecto de graduación incluye una investigación. La tutora de la investigación es la Dra. Flor Jiménez Segura. La fuente de financiación es propia de la persona investigación.

#### B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El objetivo general de la investigación es analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

#### C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Usted fue sugerida/o por Raquel Valverde Araya que pertenece a la administración de la institución y Alejandra Castillo Mata terapeuta ocupacional de la institución para formar parte de la validación de una guía de tópicos a usar en la investigación.

La persona investigadora comprueba que cumpla con criterios similares a los siguientes: tener más de 65 años, vivir en la institución hace más de un año, no tener deterioro cognitivo diagnosticado, querer formar parte de la investigación, aceptar por grabación de voz este consentimiento informado y aceptar a la grabación de audio y video.

La participación en esta investigación es virtual por la aplicación Zomm, consiste en comprobar el planteamiento de una guía de tópicos a utilizar en la investigación. Estaremos presentes únicamente su persona y yo. Y como colaboradora Alejandra Castillo Mata para ingresar y salir de la aplicación virtual.

Se hará una única reunión para comprender el planteamiento de la guía de preguntas y tendrá una duración aproximada de media hora.

Es importante mencionar que se grabará la reunión por audio y video para poder realizar el análisis respectivo y después de finalizada la investigación, será borrada. La persona investigadora es la única que va a contar con esas grabaciones.

#### D. RIESGOS

La participación en este estudio no implica ningún riesgo para su salud física, sin embargo, puede sentirse incómodo de ser así puede comunicarlo a la persona investigadora.

#### E. BENEFICIOS

No obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, su participación ayudará a plantear la guía de tópicos de manera que sea comprendida por las personas participantes de la investigación.

#### F. VOLUNTARIEDAD

Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse o no continuar con su participación en cualquier momento. Si se niega o retira de la investigación no va a perder ningún derecho, ni será castigada/o de ninguna forma ni por la persona investigadora ni la institución.

#### G. CONFIDENCIALIDAD

Su participación es confidencial, únicamente se pedirá como datos personales su nombre, edad y años de vivir en la institución. Su nombre será sustituido por uno imaginario al realizar la validación. La única persona que tendrá acceso a la información real será la investigadora Johanna Carvajal Coto. Y esta será borrada una vez finalice la investigación.

#### H. INFORMACIÓN

Debido a la situación actual del COVID19, no se brindará copia del consentimiento informado con el fin de disminuir el riesgo de documentos externos a la institución.

La aceptación del consentimiento informado se hará por grabación de audio y se brinda una copia del audio a la administración de la institución.

No perderá ningún derecho legal por aceptar por grabación de audio este documento.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Johanna Carvajal Coto y ella haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica al teléfono 25-11-47-73 en el horario de lunes a viernes de 9 a.m a 12 m.d y de 1 p.m a 6pm o al correo gerontologia.sep@ucr.ac.cr.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de aceptarla por audio. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.



## Anexo 2. Consentimiento informado Hogar de Ancianos



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Tesis: Factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado en un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia

Nombre de la investigadora: Johanna Carvajal Coto

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona \_\_\_\_\_

#### A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO

Esta investigación corresponde a la estudiante Johanna Carvajal Coto, quien está matriculada en el Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica y para efecto de graduación incluye una investigación. La tutora de la investigación es la Dra. Flor Jiménez Segura. La fuente de financiación es propia de la persona investigación.

#### B. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El objetivo general de la investigación es analizar los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado desde las vivencias de un grupo de personas adultas mayores que residen en un hogar de larga estancia.

#### C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Usted fue sugerida/o por el personal administrativo y de enfermería de la institución para formar parte de la investigación. La persona investigadora comprueba que cumpla con los criterios de inclusión, que son: tener más de 65 años, vivir en la institución hace más de un año, no tener deterioro cognitivo diagnosticado, querer formar parte de la investigación, aceptar por grabación de voz este consentimiento informado y aceptar a las grabaciones de audio y visual de los grupos focales.

La participación en esta investigación es presencial, en la institución donde vive, en los días y hora que mejor convenga, en un espacio privado. Estaremos presentes únicamente cuatro personas adultas mayores y la persona investigadora, respetando el distanciamiento social y uso de mascarilla. La persona investigadora ingresa a la institución al mostrar el resultado de prueba de COVID19 negativa al personal administrativo.

Se harán dos grupos focales, de un tiempo aproximado de una hora, donde se le harán preguntas sencillas sobre los factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado. Es importante mencionar que los grupos focales serán grabados por video y audio y después de finalizada la investigación, serán borradas. La persona investigadora es la única que va a contar con esas grabaciones.

#### D. RIESGOS

La participación en este estudio no implica ningún riesgo para su salud física, sin embargo, puede sentirse incómodo (a) al hablar de sus vivencias de factores de empatía y esperanza del cuidado humanizado. De ser así puede comunicarlo a la persona investigadora y podrá retirarse de la investigación.

#### E. BENEFICIOS

No obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, la investigación aportará conocimientos a la comunidad científica interesada en el tema.

Al finalizar la investigación, la persona investigadora expone un resumen del informe final a las personas participantes y responsables de la institución. Y se entrega a la persona encargada de la administración de la institución una síntesis del informe final. Esto de manera presencial o virtual según la decisión de la institución.

#### F. VOLUNTARIEDAD

Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse o no continuar con su participación en cualquier momento. Si se niega o retira de la investigación no va a perder ningún derecho, ni será castigada/o de ninguna forma ni por la persona investigadora ni la institución.

#### G. CONFIDENCIALIDAD

Su participación es confidencial, únicamente se pedirá como datos personales su nombre, edad y años de vivir en la institución. Su nombre será sustituido por uno imaginario al presentar los resultados. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica de manera anónima. La única persona que tendrá acceso a la información real será la investigadora Johanna Carvajal Coto. Y esta será borrada una vez finalice la investigación.

#### H. INFORMACIÓN

Debido a la situación actual del COVID19, no se brindará copia del consentimiento informado con el fin de disminuir el riesgo de documentos externos a la institución.

La aceptación del consentimiento informado se hará por grabación de audio y se brinda una copia del audio a la administración de la institución.

No perderá ningún derecho legal por aceptar por grabación de audio este documento.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Johanna Carvajal Coto y ella haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica al teléfono 25-11-47-73 en el horario de lunes a viernes de 9 a.m a 12 m.d y de 1 p.m a 6pm o al correo gerontologia.sep@ucr.ac.cr.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de aceptarla por audio. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

Versión 2 – Junio 2021

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 216 del Comité Ético Científico, realizada el 02 de junio del 2021.

Aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica en la sesión 242 del 08 de diciembre del 2021

### Anexo 3. Guía de tópicos grupo focal

Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Maestría en Gerontología

#### **Guía de tópicos para el grupo focal personas adultas mayores.**

Dirigido: cada persona informante.

Día:

Datos de la persona

-Nombre:

-Edad:

-Años de institucionalización:

#### **Guía de Tópicos**

Cuidado humanizado: relación interpersonal y sostenida, que haga sentir a la persona importante, para promover el desarrollo potencial y crecimiento personal que satisfaga las necesidades individuales.

Empatía: vivencia que consiste en ponerse en el lugar de la otra persona e identificarse con sus sentimientos, con el fin de adquirir un compromiso y dar cuidados. Implican una emoción que debe ser demostrada.

#### **Guía de preguntas sobre empatía del cuidado humanizado.**

Fecha:

Hora:

Lugar:

Persona investigadora:

Personas informantes:

#### Introducción

Lectura del consentimiento informado. Aclaración de dudas.

#### Características del grupo focal

Confidencialidad, privacidad, duración aproximada, respeto de turno de cada persona.

Guía de preguntas:

- ¿Se ha sentido una persona comprendida cuando recibe cuidado en esta intuición? Me podrían contar alguna vivencia.
- ¿Cómo se sintió con esa vivencia?
- ¿Qué le gustaría cambiar de esa vivencia?
- ¿Qué le gustaría conservar de esa vivencia?

Observaciones:

Dar las gracias, reiterar en la confidencialidad y la realización de otro grupo focal.

Esperanza: estado motivacional donde la persona cuidada es un ente activo, que le permite enfrentar crisis a través de metas con soluciones positivas que favorezcan la propia evolución, generen bienestar y sentido de vida. Esto, mediante procesos simultáneos que involucran compromiso, planificación, conocimiento propio y del medio con el fin de modificar o fortalecer factores externos

**Guía de preguntas sobre esperanza del cuidado humanizado.**

Fecha:                      Hora:  
Lugar:                      Persona investigadora:  
Personas informantes:

Características del grupo focal

Confidencialidad, privacidad, duración aproximada, respeto de turno de cada persona.

Guía de preguntas:

- ¿Podría contarme una vivencia o situación difícil que enfrente viviendo en este hogar?
- ¿Cuáles estrategias uso para enfrentarla?
- ¿Cómo se sintió al superar o no superar esa vivencia?

Observaciones:

Dar las gracias y reiterar la confidencialidad y privacidad.