

**NECESIDADES DE RELIGIOSAS ADULTAS MAYORES QUE  
VIVEN EN CENTRO DE ACOGIDA EN MANIZALES COLOMBIA****NEEDS OF RELIGIOUS OLDER ADULTS LIVING IN A WELCOME  
CENTER IN MANIZALES COLOMBIA****Autores:**

■ *María Ibeth Orozco Duque* ■  
<https://orcid.org/0000-0003-4232-5893>  
Universidad Católica de Manizales. Caldas  
[morozco@ucm.edu.co](mailto:morozco@ucm.edu.co)  
Colombia

■ *Paula Andrea Duque* ■  
<https://orcid.org/0000-0001-7237-6195>  
Universidad Católica de Manizales. Caldas  
[paduque@ucm.edu.co](mailto:paduque@ucm.edu.co)  
Colombia

■ *Gloria Elena Lastre Amell* ■  
<https://orcid.org/0000-0002-8855-3931>  
Universidad Simón Bolívar. Barranquilla  
[glastre@unisimonbolivar.edu.co](mailto:glastre@unisimonbolivar.edu.co)  
Colombia

■ *Sandra Lorena Vallejo Arias.* ■  
<https://orcid.org/0000-0002-2469-3265>  
Corporación Universitaria Rafael Núñez. Barranquilla  
[Sandra.vallejo@curnvirtual.edu.co](mailto:Sandra.vallejo@curnvirtual.edu.co)  
Colombia

**RESUMEN**

Caracterizar las necesidades de religiosas adultas mayores, que viven en un centro de acogida en Manizales-Colombia. Con estudio experimental, descriptivo, longitudinal y enfoque mixto con una muestra conformada por (n=18) religiosas adultas mayores, que viven en el mismo centro de acogida, entre el 2018 al 2019. Para lo que se aplicaron escalas de índice de Barthel, para determinar su nivel de funcionalidad e independencia, Yesavage, para conocer estado emocional y Minimental test, para evaluar estado cognitivo. Se realizó así mismo evaluación física, para determinar estado de salud corroborando con historia clínica junto, con entrevista semiestructurada, para evaluar su aspecto social, afectivo y espiritual, el análisis y presentación de los datos se realizó por medio de estadística descriptiva y categorías de análisis. Dando como resultados el índice de Barthel, determinó que un 88,9%, de las religiosas eran independientes a nivel funcional, mientras que un 5,6% presentaban dependencia moderada y un 5.56% están en dependencia total. La escala de Yesavage evidencio datos de depresión en la población estudiada, el Minimental test de Folstein, demostró que el 77,8% de las religiosas, presentan habilidades cognitivas conservadas, un 22,2% se encuentra iniciando demencia senil. Frente a los datos cualitativos, se establecieron categorías, donde se evidenció que las esferas afectivas, sociales y espirituales, están conservadas, se manifiestan por sus relaciones personales, sentimiento de felicidad y autorrealización. Como Conclusion las necesidades, de las religiosas requieren intervención permanente, sin descuidar las demás, son las físicas debido a sus patologías inherentes a la avanzada edad.

**Palabras clave:** adulto mayor, necesidades, religiosas, funcionalidad.

## ABSTRACT

Characterize the needs of older adult nuns, who live in a reception center in Manizales-Colombia. With an experimental, descriptive, longitudinal study and a mixed approach with a sample made up of (n = 18) older adult nuns, who live in the same reception center, between 2018 to 2019. For which Barthel index scales were applied, to determine their level of functionality and independence, Yesavage, to know emotional state and Minimental test, to assess cognitive state. A physical evaluation was also carried out to determine health status, corroborating with a medical history, together with a semi-structured interview, to assess its social, affective and spiritual aspect. The analysis and presentation of the data was carried out using descriptive statistics and analysis categories... Giving as results the Barthel index, it was found that 88.9% of the nuns were functionally independent, while 5.6% had moderate dependence and 5.56% were in total dependence. The Yesavage scale showed evidence of depression in the study population, the Folstein Minimental test, showed that 77.8% of the religious, have preserved cognitive abilities, 22.2% are initiating senile dementia. Faced with the qualitative data, categories were established, where it was evident that the affective, social and spiritual spheres are conserved, they are manifested by their personal relationships, feeling of happiness and self-realization. In conclusion, the needs of the religious require permanent intervention, without neglecting the others, they are the physical ones due to their pathologies inherent in advanced age.

**Keywords:** elderly, needs, religious, functionality.

## I. INTRODUCCIÓN

Para comenzar este artículo se hace necesario, aclarar que significa el término “religiosas”, con el cual se está mencionando a la población estudiada. Una persona religiosa consagrada, es aquella que se inscribe en una congregación católica y que realiza un itinerario, el cual consta de diferentes etapas sucesivas de formación: humana, espiritual, intelectual, apostólica y comunitaria, dónde se desarrolla como persona y cumple una misión específica según las normas que orientan a dicha congregación, consagrando su vida a Dios (Beaumont, 2015).

Al conocer ésta comunidad de religiosas con características particulares, como ser mujeres longevas, afables, con lucidez mental en un porcentaje importante conservado, en condiciones generales aparentemente adecuadas; las investigadoras se preguntaron ¿Cuáles son las necesidades de ésta población?, y es así cómo surge el proceso investigativo de la comunidad de religiosas, adultas mayores, que conviven en la Casa cuyo nombre es Emaús en la ciudad de Manizales-Colombia, las cuales pertenecen a la Comunidad de Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen María, que se encuentra en este centro de acogida, viviendo la última etapa de su

itinerario religioso, donde realizan diferentes actividades, viven su vocación desde la contemplación, la oración siendo la fuerza espiritual, que sostiene todos los proyectos de la Congregación a la que pertenecen.

Teniendo en cuenta que, el Centro Camiliano de Humanización con sede en Bogotá, reconoce que las comunidades religiosas a nivel mundial, han sufrido transformaciones poblacionales importantes, las adultas mayores son la población prevalente de las congregaciones, teniendo que afrontar estas realidades, con las necesidades específicas de esta etapa de la vida (Beaumont, 2015). Por lo tanto, es pertinente conocer la realidad de estas comunidades frente a sus necesidades integrales ya que son población adulta mayor, en condición de institucionalización.

Además, el Ministerio de Salud y protección social afirma que “Colombia es uno de los países en América Latina con las transformaciones más intensas en su estructura poblacional, como consecuencia del acelerado proceso de transición demográfica, el cual requiere empezar a desarrollar un sistema institucional de investigación y atención a la persona mayor que permita enfrentar los cambios sociales y económicos, que plantea tener una población vieja, cada día más numerosa” (2013 p.56).

Asimismo, es importante recordar que la política colombiana de envejecimiento humano y vejez (2015), en sus ejes estratégicos, considera la importancia de velar por la garantía del respeto de los derechos humanos, donde se reconoce la dignidad de la persona en etapa de vejez, lo mismo que el envejecimiento activo tanto en individuos como en los grupos humanos, el cual permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del curso de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, intereses, capacidades y oportunidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.

Por otra parte, incluye la necesidad de la formación del talento humano e investigación para dar respuesta a las necesidades particulares de la población en esta etapa de la vida.

En cuanto a la funcionalidad de la persona mayor, también se hace prioritario evaluarla, se define a las facultades que posee la persona adulta mayor, para realizar las actividades de la vida diaria, para enfrentar las demandas del ambiente y vivir de manera independiente Loredó (2016). De acuerdo a Gómez (2015), la evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor permite conocer el grado de independencia y autonomía de la persona. Lo que (Bejines et al, 2015) determina como importante para determinar cambios fisiológicos y mentales.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (2002), afirman que el estado funcional es el mejor indicador de salud en la población adulta mayor. Sin embargo, es relevante conocer que todas las personas llegan de manera diferente a vivir su etapa de vejez, lo cual se encuentra ligado a factores genéticos, biológicos, personales y

del entorno. Su estado general puede depender de como cuidó su salud física y mental a lo largo de la vida, el tipo de personalidad que desarrolló y la manera como estableció sus relaciones sociales y afectivas.

Es por estas razones, que se hace imperativo, caracterizar las necesidades físicas, psicológicas, cognitivas, afectivas, sociales y espirituales, de esta población objeto. La temática de las necesidades se abordó con base en los postulados de Abraham Maslow (1991), citado por Montalvo y Plasencia (2015), que incluye la pirámide de jerarquía de necesidades humanas, mediante las cuales, ascienden de básicas, que se encuentran en la base de la pirámide a elevadas, que se encuentran en la parte superior.

La pirámide consta de 5 escalones, en el primero de la base, se encuentran las necesidades de supervivencia, en el segundo están la necesidad de seguridad y protección, en el tercero las necesidades de filiación, que se relacionan con nuestro carácter social, en el cuarto es donde se encuentran las relacionadas con la autoestima, llamadas necesidades de reconocimiento y por último las necesidades de autorrealización. El autor afirma que en la medida que se satisfacen las necesidades básicas, se van desarrollando necesidades y deseos más elevados.

De igual manera es relevante reconocer la importancia de llegar a ser persona adulta mayor en Colombia y que a pesar de las políticas en favor de esta población, un porcentaje alto de ella, se encuentra discriminada, abandonada, estigmatizada, maltratada a nivel familiar y social, en nuestro país. Por esta situación también se presentan enfermedades mentales en el adulto mayor, especialmente depresión Piñares y Re Domínguez (2015).

## II. MÉTODOS

La investigación tuvo un diseño experimental, de tipo descriptivo, longitudinal, con enfoque mixto. La muestra la muestra estuvo constituida por (n=18) religiosas adultas mayores, de un universo de 19, solo una religiosa voluntariamente no participo del estudio. Las cuales eran procedentes de diferentes partes del país, que conviven en el mismo centro de acogida, en la ciudad de Manizales-Colombia y se encuentran allí por sus características biológicas, psicológicas y sociales propias de la vejez. El estudio se realizó en un periodo de un año entre el 2018 al 2019.

Se tuvieron como criterios de inclusión en el estudio, religiosas que vivieran en el centro de acogida, mínimo de estancia como un año y se encontraran en el rango de edad correspondiente a la etapa de vejez y como criterio de exclusión mujeres no consagradas como religiosas o religiosas que no firmaran el consentimiento de participación. Cabe acotar que todas firmaron el consentimiento

informado y que la Hermana Provincial de la Congregación, a la que pertenecen las religiosas, dio el aval de realización de la investigación y publicación de los resultados.

Además, se consiguió la autorización para realizar el estudio del Comité de investigación de la Universidad Católica de Manizales y se tuvieron en cuenta los aspectos éticos según la resolución 8430 (1993) que clasifica esta investigación sin riesgo, lo mismo que los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos postuladas en la declaración de Helsinki (2002).

El desarrollo de la metodología se llevó a cabo en varios momentos y se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos. Inicialmente, a cada religiosa, se le aplicaron tres Instrumentos de valoración física y mental, inicialmente el índice de Barthel, el cual es un instrumento validado, utilizado, para evaluar el estado de funcionalidad de la persona, consistente en su nivel de independencia para realizar las 10 actividades de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Los valores pueden estar en menos de 20 puntos: Dependencia total, de 20 a 35 puntos: Dependencia Grave, de 40 a 55 Dependencia Moderada, mayor o igual que 60 puntos: Dependencia Leve, 100 puntos: Independencia. Las actividades que evalúa con este instrumento son: alimentarse independientemente, trasladarse entre la silla y la cama, realizar su aseo personal, usar el retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escalones, vestirse y desvestirse, control de micción y control de deposición.

En segundo lugar, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada, es un instrumento validado, que se utiliza para tamizaje de Depresión en la persona mayor, la cual consta de un cuestionario de 15 preguntas que se pueden responder SI o NO. Se asigna un punto por cada respuesta. El puntaje de cero a 5 corresponde a Normal. De 6 a 9 a Leve y mayor a 10: Depresión establecida.

En tercer lugar, se aplicó el Minimental test, es un instrumento validado, utilizado para detectar deterioro cognitivo y vigilar su evolución en personas adultas mayores y/o pacientes con alteraciones neurológicas. Consiste en un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde las características esenciales que se evalúan son: orientación espacio temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial y la capacidad para seguir instrucciones básicas.

La interpretación del puntaje se realiza así: Entre 30 y 27 puntos: Sin Deterioro. Entre 26 y 25 puntos: Dudoso o Posible Deterioro. Entre 24 y 10 puntos: Demencia Leve a Moderada. Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa. Menos de 6: Demencia Severa. Posteriormente, se realizó valoración física céfalo caudal, para determinar su estado de salud actual y se obtuvieron datos de su historia clínica previa, que parecieron importantes como las patologías que padecían.

El itinerario de vida y posteriormente, se realizó entrevista abierta semiestructurada, la cual fue revisada por 3 investigadoras, enfermeras gerontólogas quien les hicieron ajustes pertinentes, la cual quedo compuesta por 12 preguntas y se complementó con observación directa de su cotidianidad, para evaluar su aspecto social, afectivo y espiritual. El análisis y presentación de los datos cuantitativos, se realizó mediante estadística descriptiva y los datos cualitativos, por establecimiento de categorías de análisis para dar significado a las vivencias de las religiosas.

### III. RESULTADOS

#### **Características Sociodemográficas de las religiosas.**

En el estudio participaron (n=18) religiosas, que conforman una comunidad de adultas mayores, que pertenecen a una Congregación Católica, que posee obras a nivel mundial y que cuando sus religiosas están en etapa de vejez, las envía a centros de acogida, de la misma Congregación, para que continúen viviendo su carisma de una manera digna, ya que ésta es una etapa final del itinerario de ser religiosa, tan importante como en el inicio. Además, acogen a las personas que las visitan, quienes encuentran allí, un ambiente de paz, tranquilidad y armonía.

Para los resultados cuantitativos se utilizó estadística descriptiva por medio de software estadístico Excel y la base de datos de las escalas de valoración geriátrica se vació en el software estadístico SPSS 24.0 para el análisis de componentes principales y mostró un alfa de Cronbach de 0,88, evidenciando alto índice de confiabilidad.

En las variables sociodemográficas se incluyeron: la edad, el tiempo de servicio en la Congregación, el lugar de procedencia y actividades más relevantes durante su itinerario religioso.

Edad: Las religiosas, se encuentran en el rango de edad, entre los 76 y 98 años, siendo el rango más prevalente entre 81 a 85 años, con un 54,4%, seguido de 76 a 80 años, con un 16,7%, lo mismo que el rango de 86 a 90 años con 16,7%, mientras que los rangos entre 91 a 95 años y 96 a 100 años, están en un 12,2 cada uno. Revelando el grado de longevidad de las hermanas.

Tiempo de servicio en la Congregación: se obtuvo datos que hubo un 33,3 % de religiosas con 50 años de servicio, un 33,3% con 60 años, un 22,2%, con 70 años un 11,2 % con 80 años. Lo que indica que estas mujeres han dedicado mucho tiempo de su vida al servicio de la humanidad, ya que ingresaron muy jóvenes a la Congregación.

Lugares de Procedencia de las religiosas son diversos, provienen de 5 Departamentos de Colombia, y una procede fuera del país. Se encontró del Departamento de Antioquia con 44.4%, Huila con un 16,7%, Caldas 22,2, Cundinamarca y Tolima con un 11,1% respectivamente y una extranjera de

Ecuador, con un 5,6%. Estos datos indican el encuentro pluricultural que existe en esta comunidad de religiosas.

Actividades más relevantes durante su itinerario religioso: Las religiosas, en mención, se desempeñaron en diversas actividades, para las cuáles fueron preparadas a lo largo del tiempo. Las funciones a las que se dedicaron durante la mayor parte de su vida, fueron: enfermeras en múltiples instituciones de salud, educadoras en diferentes instituciones educativas, administrativas de dirección en la Congregación en varias partes del mundo y misioneras en diferentes regiones a nivel local, regional, nacional y mundial. Esta multiplicidad de quehaceres, permiten inferir su gran preparación física, cognitiva, emocional, afectiva, social y espiritual. Varias de ellas hablan diferentes idiomas y conocen muchas culturas del mundo.

Resultados de escalas de valoración geriátrica: frente a los datos cuantitativos, después de aplicar el índice de Barthel, a la población sujeto de estudio, se determinó que un 88,8%, de las religiosas, son independientes a nivel funcional, mientras que un 5,5% presentan dependencia moderada y un 5,5% están en dependencia total (Fig. 1). Lo que permitió reconocer que, a pesar de su avanzada edad y situaciones complejas de salud física, cómo se verá más adelante, las religiosas, poseen un alto nivel de independencia en sus actividades de la vida diaria, lo que es relevante.

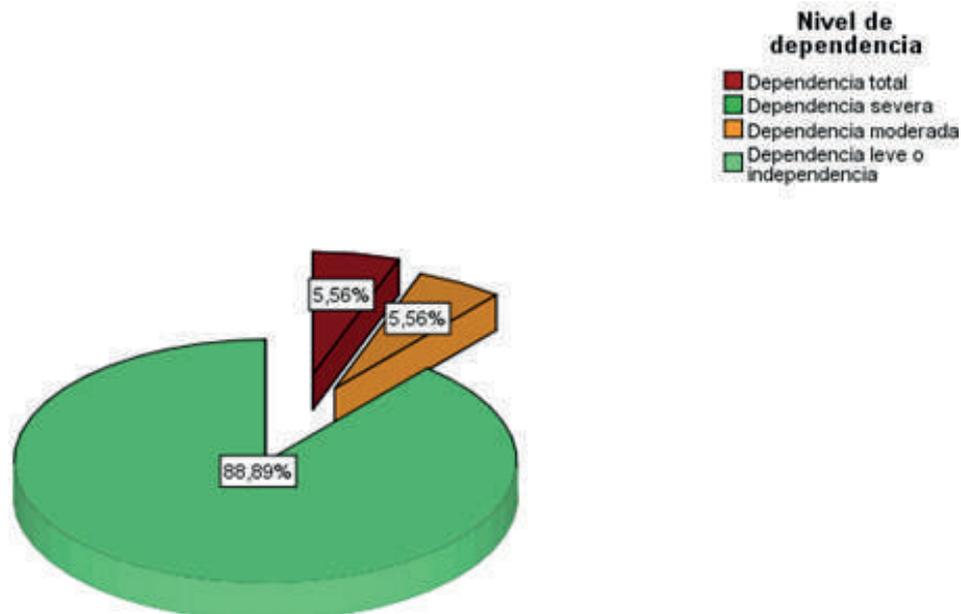


Figura 1. Nivel de dependencia según índice de Barthel

Fuente: Datos del estudio

La Escala de Yesavage abreviada, no evidencio datos de depresión en la población estudiada. Lo que significa que el 100% de las religiosas gozaban de un estado de bienestar emocional, en el momento de la evaluación. Este dato también es significativo porque la depresión en adultos mayores, en Colombia ha ido aumentando. El Minimental test de Folstein, evidencio, que el 77,8% de las religiosas, presentan habilidades cognitivas conservadas y un 22,2% se encuentra iniciando demencia senil (Fig.2). Los porcentajes por área cognitiva conservada muestran: Orientación con un porcentaje de 77,8%, Memoria con un 77,8%, Atención y Cálculo con un 77%, Evocación con un 77,8% y Lenguaje con un 72,2 %.

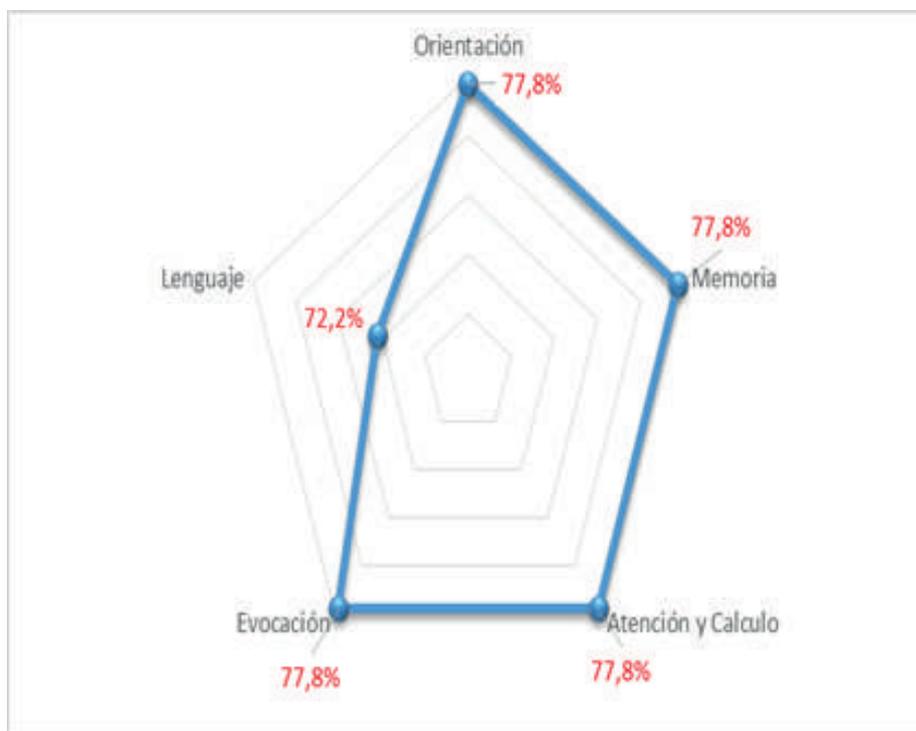


Figura 2. Habilidades óptimas según Minimental-test de Folstein.

Fuente: datos del estudio

Con los datos expuestos evidencia un nivel cognitivo de las religiosas bastante conservado, ya que un alto porcentaje 77,8%, se encuentran orientadas en persona, tiempo y espacio. Conservan la memoria reciente y remota, realizan cálculos matemáticos con precisión, centran atención en las diferentes actividades de manera efectiva, tienen un gran desarrollo de la evocación, 11 de ellas escribieron la historia de sus vidas en el transcurso del trabajo, con fechas y nombres de personas de cada acontecimiento. A nivel de Lenguaje son elocuentes, escuchan y narran las noticias del día, hacen tertulias y discusiones de política, además se expresan con gran sentido de la palabra, la entonación, muchas de ellas leen mucho y hasta libros en otros idiomas. Poseen capacidades manuales muy desarrolladas para la edad, se expresan por escrito con gran elocuencia y buen manejo literario, realmente se evidencia su formación como docentes, especialmente.

## Resultados cualitativos

En cuando a la valoración cualitativa de las entrevistadas, se observó en la valoración física céfalo caudal complementada con datos de su historia clínica previa e itinerario de vida, que existe la presencia de múltiples signos y síntomas de deterioro físico, 30 % de las religiosas con cuerpos muy desgastados frente a 70%, en mejor estado físico. El 90% no realizaban ningún tipo de ejercicio físico para mantener su sistema cardiopulmonar.

Se alimentan según las variadas dietas recomendadas por el médico o nutricionista. Consumen múltiples medicamentos resultado de un número alto de patologías que aquejan a las religiosas, pero que no son pretexto para movilizarse y cumplir con sus rutinas. Además, todas se encuentran en el régimen contributivo en salud y asisten permanentemente a consulta médica especializada.

Las patologías que se encontraron, después de la evaluación realizada a las religiosas, fueron: hipertensión arterial con un 88,9%, Trastorno visual con 77,8%, trastornos de la movilidad 44%, afecciones de la tiroides con 22,2%, trastornos auditivos e hipercolesterolemia y osteoporosis 16,7%, diabetes mellitus, dolor en miembros inferiores, gastritis, Insuficiencia renal, párkinson, cáncer de piel y mama con un 11,1%, demencia senil, retención de líquidos y arritmia 5,6%.

Es de acotar que cada religiosa tiene varias de estas patologías, los porcentajes son sobre el número de sujetos que presentan. Como hecho relevante se puede analizar que algunas de las patologías podrían relacionarse entre sí, la hipertensión presenta un porcentaje muy alto y podría ser causante de otras patologías concomitantes, que también sufren las religiosas.

En cuanto a la entrevista semiestructurada, realizada a cada religiosa a través de una encuesta constituida por 12 preguntas donde se indagó sobre aspectos de su vida, con respecto a sus afectos, donde refieren a la comunidad de religiosas, con quienes conviven, como su familia, manifiestan afecto resonante y coinciden en que su mayor amor es Dios, por quién han entregado todo.

A nivel social son altamente sociables, conversadoras y afectuosas. A nivel espiritual, cumplen sagradamente con todas las actividades que cómo religiosas deben asumir, independientemente de su edad y/o molestia física, pero vale la pena aclarar que no lo hacen por “obligación”, sino por “amor,” según lo afirman.

Cabe aclarar que la recolección de muchos de los datos cualitativos, se obtuvieron por observación directa, ya que una de las dos investigadoras, fue autorizada para ingresar un día cada semana, durante un año, para relacionarse con las religiosas, realizar actividades con ellas y poder llevar a

cabo la investigación, lo que le permitió conocer de cerca las rutinas o itinerario de trabajo y recreación de las religiosas mediante un ambiente de confianza especial, para la recolección de los datos.

A continuación, se expresa la situación de las necesidades de las religiosas, frente a la jerarquía de necesidades de Maslow, antes de dar a conocer las categorías de análisis de los datos cualitativos. Con respecto a las necesidades fisiológicas, las religiosas del estudio, tienen cubiertas las necesidades que les permite su supervivencia, como alimentarse, dormir, evitar el dolor, entre otras. Tienen a su servicio, personal de salud y de servicios generales, que mantienen su ambiente adecuado y proveen cuidado para mantener su vida y su salud.

Por otra parte, las necesidades de seguridad y protección, también se encuentran satisfechas en la población estudiada, las religiosas poseen un entorno seguro, viven en una casa amplia y aireada, con su cuarto individual, con patio interno y jardines, espacio para reuniones, comedor amplio, sala de televisión. Existen rampas para movilizarse, pasamanos y viven en una zona tranquila y segura de la ciudad de Manizales.

De igual manera las necesidades sociales, se encuentran cubiertas en esta comunidad, ellas se determinan como una familia, donde cada religiosa se convierte en su pariente cercana, presentan estrechos lazos de amistad y respeto la una por la otra. Son visitadas permanentemente, por su familia, amigos y personas que requieren sus oraciones y consejos. Al mismo tiempo, las necesidades de estima, en las religiosas también se encuentran satisfechas, poseen niveles adecuados de autoestima, se saben “hijas de Dios”, se sienten queridas y cuidadas por su Congregación, que las ampara, acoge, cuida y respeta.

Por último, las necesidades de autorrealización, las religiosas las han alcanzado, ellas expresan su satisfacción del deber cumplido, tienen altos sentimientos de felicidad, gratitud, plenitud y trascendencia. Sienten que su vida cumplió su propósito. Su sentido de vida es alto, miran con alegría su historia de vida y su etapa de vejez. Se percibe en ellas un sentimiento de autorrealización, genuino y humilde.

Para analizar mejor los resultados cualitativos en estos aspectos se agruparon en diferentes categorías de análisis, las cuales se titularon: “Entregadas al servicio por amor a Dios”, “fuerza viva para la Congregación”, “queridas hasta el final” y “una vida llena de sentido y autorrealización”, además se anexan otros hallazgos significativos, en una categoría denominada “capacidades extraordinarias” que incluyan datos que son pertinentes de tener en cuenta y que no se encuentran en las categorías anteriores.

Los datos de las Religiosas aparecerán como (R) y el número asignado en la entrevista, para manejar la confiabilidad de los datos.

## 1. Entregadas al servicio por amor a Dios:

Frente a esta categoría se recogen algunos datos relevantes que son afirmaciones directas de las Religiosas estudiadas, entre ellas:

“La esencia de las religiosas no es vivir para sí, sino para el encuentro con el otro donde está Cristo, ese es el sentido de nuestra vocación. (R10)

“Las religiosas vivimos para servir al necesitado, rescatándolo de la ignorancia, enseñándole y asistiéndolo en su enfermedad o necesidad”. (R5)

“Es maravilloso saber que hemos entregado nuestras vidas al servicio de nuestro Dios y de los hombres”. (R3)

La vida de las hermanas está compuesta por la entrega incondicional al servicio de los hombres por amor a Dios, lo que permite inferir que sus vidas han estado sumergidas en la entrega incondicional, el sacrificio, dolor físico y espiritual. El hecho que hoy continúen viviendo su vida con alegría, no significa que detrás de cada una de ellas no se encuentre un trabajo duro, disciplinado, incomprendido para muchos.

Pero también eso es lo que seguramente las convierte en las mujeres líderes, empoderadas, que construyeron, no solo casas, sino que forjaron hombres y mujeres para la sociedad. Cuidaron y velaron por los enfermos, con amor, entrega y dedicación, ayudaron a definir el rumbo de su Congregación, llevaron consuelo a muchos hombres abandonados, por todo el mundo. ¡Hoy solo reciben el “ciento por uno”, que les da su Dios por su sacrificio!

## 2. Fuerza viva para la Congregación

Frente a esta categoría se recogen algunos datos relevantes que son afirmaciones directas de las Religiosas estudiadas, entre ellas:

“La función más importante de las religiosas adultas mayores que viven en la casa de EMAUS, es la oración, porque la Congregación requiere de esta fuerza espiritual, ya que los tiempos son difíciles y las obras tienen muchas necesidades” (R14)

“Todo el tiempo pedimos por las hermanas que llevan en sus hombros toda la Congregación en el mundo, lo mismo que las provincias. También pedimos por el Papa y el clero, por tanta persecución y para que Dios permita que surjan vocaciones sacerdotales y religiosas”. (R7)

“Además pedimos por los laicos que colaboran en nuestras obras, por las hermanas en misión, que llevan el pan misionero de la palabra a los lugares menos favorecidos y que desgastan su vida por amor al servicio de los necesitados, pedimos por el mundo, para que encuentre la verdadera paz y por nuestras familias para que sean confortadas en el Señor”. (R8)

” Tengo un encuentro inaplazable con mi amor, la oración es el encuentro más hermoso con él”. (R4)

“Definitivamente tenemos el mejor marido del mundo, Dios”. (R2)

“Aunque a veces hay momentos de soledad, no son percibidos con mucha fuerza, por vivir en comunidad, en una rutina estricta, cimentada en la oración y la contemplación”. (R16)

En esta categoría se puede inferir la importancia de la oración para estas mujeres, las cuáles, permanentemente ofrecen, también en oración, hasta sus dolores especialmente físicos, por la conversión de los pecadores. Es común encontrarlas en los pasillos dirigiéndose hacia la capilla, con una alegría especial de encuentro con su Dios.

### 3. Queridas hasta el final

Frente a esta categoría se recogen algunos datos relevantes que son afirmaciones directas de las Religiosas estudiadas, entre ellas:

“Es muy bueno compartir con otras personas, especialmente cuando ya se está avanzado en edad.” (R6)

“Nos gusta estar acompañadas, sin olvidar que también necesitamos momentos muy importantes de intimidad con nuestro Dios”. (R10)

“Nos sentimos acogidas, queridas, cuidadas y amadas, por nuestra Congregación y comunidad. Sentimos que somos importantes y que todo lo que hemos entregado, tiene su recompensa”. (R1)

“Realmente lo que necesitamos es muy poco, nuestra Congregación nos suple las necesidades básicas de buena manera, a veces lo que necesitamos realmente es asistencia frente a nuestras enfermedades, en momentos para trasladarnos a citas médicas, algunas requieren supervisión con los medicamentos, o para movilizarse, y casi todas necesitamos cuidados de enfermería

específicos”. (R17)

Es importante observar cómo las religiosas, se sienten acompañadas, pero también anhelan la compañía. Aunque también es valioso que afirmen que necesitan sus momentos de intimidad. Es por lo tanto relevante que se sientan respaldadas y queridas por su Congregación.

#### **4. Una vida llena de sentido y autorrealización:**

Frente a esta categoría se recogen algunos datos relevantes que son afirmaciones directas de las Religiosas estudiadas, entre ellas:

“Estar en Emaús, es un regalo de Dios, donde nos encontramos religiosas adultas mayores, en un tiempo de descanso y de entrega total a la oración” (R8)

“Nos sentimos felices de haber transitado tantos lugares, de haber compartido con tantas personas, sanado y ayudado a morir a muchas otras, de haber dado aliento al necesitado y de haber cumplido con las obras de misericordia, de haber trabajado por amor, de haber creado obras que sirven de desarrollo personal y de sustento a muchas familias, lo mismo que instituciones educativas que siguen formando hombres constructores de nueva humanidad”. (R7)

“Estamos satisfechas del deber cumplido”. (R13)

Es hermoso encontrar personas con tanto sentido de vida, de valorar lo que les queda y de revisar su pasado con tanta alegría, de haber vivido. Su autorrealización es marcada y su anhelo de trascendencia es mayor. ¡Han cumplido su deber! Viven felices.

#### **5. Capacidades extraordinarias**

En esta categoría se recogen algunos datos que se consideran relevantes que no quedaron en las categorías anteriores y que reconocen capacidades especiales en este grupo poblacional:

Algunas hermanas cumplen tareas específicas dentro de la comunidad, como cuidar a otras hermanas, encargarse de la portería, organizar lo referente al comedor, la sacristía, preparar las oraciones y eucaristía, entre otras. Estas actividades, les permite sentirse productivas, sirviendo a su comunidad y colaborando con la casa, lo que también les permite sentirse útiles.

Además, otras de las religiosas, poseen conocimientos específicos, muy valiosos, como “terapias alternativas”, para mejorar la salud, que ponen al servicio de la misma comunidad y que quisieran transmitir a nuevas generaciones.

Por su lucidez, elocuencia y sabiduría, estas religiosas, siguen siendo comunicadas permanentemente sobre los asuntos de la Congregación y algunas de ellas, quienes por su trayectoria de vida ocuparon cargos administrativos importantes dentro de ésta como ser provinciales, consejeras, superiores, son consultadas y escuchadas para la toma de decisiones que incluyan cambios frente al destino de la misma.

Las religiosas estudiadas, poseen un alto sentido del humor, cuentan chistes y permanentemente se “ríen de sus achaques”, a pesar de los dolores. Todo lo ofrecen a su Dios, no se centran en el “dolor”, se centran en el “servicio”, lo que mejora mucho su interacción y convivencia entre ellas. Siempre están buscando estrechar más de sí. Son muy agradecidas y valoran su estancia en el centro de acogida.

#### IV. DISCUSIÓN

Según los datos analizados y teniendo en cuenta las afirmaciones de diferentes autores que han estudiado la realidad de las personas mayores en el mundo se pueden encontrar puntos de encuentro y desacuerdo, que permiten corroborar o no los hallazgos en el estudio, entre ellos:

Se tocarán algunos tópicos relevantes del estudio.

Los datos de funcionalidad e independencia, encontrados en las religiosas estudiadas, se corroboran con el estudio realizado por Surita et al, (2015), “El nivel de independencia de los adultos mayores está en un alto porcentaje, después de aplicar el índice de Barthel.”

A nivel emocional, Calderón (2018), afirma que la depresión en la población adulta mayor tiene características especiales porque las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, la situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros.

Consecuentemente, Puello y colaboradores (2017), afirma: “Existen factores protectores contra la Depresión, como tener amigos, pertenecer a grupos sociales, religiosos, tener adecuada funcionalidad familiar”. Ríos-Flórez, (2017), afirman: “las emociones en el anciano están ligadas a la capacidad de mantenerse activo a pesar de las limitaciones del cuerpo, lo cual se relaciona con el gran reto del proceso de envejecimiento: mantener los vínculos, el deseo y la ilusión viva; afrontar la pérdida y encontrar enganches emocionales con la vida, con los sucesos, con las personas”.

La dimensión cognitiva es tan fundamental en el ser humano, por todas las funciones que le permite, sin embargo, se sabe que con el tiempo se va deteriorando. Serra e Irizarry (2015), afirma que “altos niveles de escolaridad y autoeficacia son factores protectores de la depresión en los adultos

mayores y su mantenimiento cognitivo”. Cabe aclarar que, el envejecimiento se produce a través del tiempo, mientras que la vejez es una etapa de la vida.

Y eso tiene que ver con sus funciones superiores, por lo que se hace necesario comprender que las personas desarrollan de manera diferente, ambos procesos. Por esta razón es importante revisar el Documento “Discriminación por la edad, vejez y estereotipos” por el (Ministerio de Justicia y derechos humanos, Buenos aires, 2018), donde incluyen los tipos de envejecimiento que puede ser biológico, psicológico, social, afectivo y cognitivo, con características específicas, lo que denota que se puede tener una edad biológica que no concuerde con el desarrollo del proceso de envejecimiento, lo cual es multifactorial.

El envejecimiento biológico se refiere a la transformación que sufre el cuerpo a nivel orgánico; el envejecimiento físico es una consecuencia del deterioro físico, que repercute negativamente en las personas (Largo y Gonzales 2019). El envejecimiento psicológico está determinado por la transformación de la habilidad motora, sensorial, mental, la personalidad, las motivaciones, sensaciones e impulsos dentro de él, se encuentra el envejecimiento afectivo y el cognitivo (Suarez y Gross 2019).

El primero está relacionado con la capacidad de adaptación a las nuevas o diferentes situaciones de la vida; el segundo tiene que ver con la posibilidad de incorporar o memorizar datos y aprender nuevas capacidades por fuera de las ya aprendidas. El envejecimiento social está vinculado al ámbito social y a las actividades e interacciones que en él se desarrollan. El medio social demarca el significado de la vejez en la vida de las personas, lo cual influye en la experiencia negativa o positiva de esta etapa” (Ministerio de Justicia y derechos humanos, Buenos aires, 2018).

Entre tanto otro aspecto importante es revisar la relación que existe entre el alto nivel educativo y la participación social, como factores protectores de la depresión y como determinante de mantenimiento cognitivo en el tiempo, a pesar de la vejez. Los años de escolaridad en el rendimiento cognitivo general se ven corroborados por diversas investigaciones que sugieren que existe una fuerte relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en adultos mayores, como afirma Figueroa, Lagos y Domínguez (2017), se comprobó que la lectura actuaba como medida de reserva cognitiva, esto debido a que potenciaba el control ejecutivo y estaba asociada fuertemente al nivel de escolaridad.

Para Maslow (1991) citado por Montalvo y Plasencia (2015) afirma: Tener satisfechas las necesidades superiores significa mayor eficiencia biológica, mayor longevidad, menos enfermedades, mejor sueño, apetito entre otros, la satisfacción de necesidades superiores produce mejores resultados, por ejemplo felicidad, serenidad y riqueza de vida interna, la prosecución y satisfacción de necesidades superiores, representa un saludable rumbo de avance y está más

próxima a la autorrealización y por lo tanto más cercana a la máxima expresión de la condición humana. La autorrealización es más propia de la persona adulta mayor, porque requiere de la sabiduría y madurez adquiridas mediante el enfrentamiento con las realidades de la vida, en la medida que se haya escogido ser uno mismo.

Al introducir el tema de la Espiritualidad y de sus efectos positivos en la salud, Beaumont (2015); afirma que “La vivencia religioso-espiritual, es primordial en la vejez del religioso, el cual vive la última etapa de su vida en estrecha relación con Dios. Vivir dicha correlación ayudará a vivir saludablemente el último tramo de la vida”. La espiritualidad, puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento. Whetsell, citado por (Gómez et al., 2016), en un estudio con adultos mayores, dio a conocer como “la integración entre la fortaleza y el bienestar espiritual influyen de manera notoria en la salud del adulto mayor al estar afrontando una situación estresante”.

Para finalizar se tocará un tópico muy importante como lo es el Envejecimiento Activo (EA), el cual está dado por la satisfacción de la persona, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la comunidad tenga de las condiciones globales de vida, traducándose en sentimientos positivos o negativos. El EA, se aplica tanto a los individuos, como a los grupos humanos. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del curso de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, intereses, capacidades y oportunidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados, cuando necesitan asistencia. El término “activo” según la política de envejecimiento y vejez de Colombia (2015), hace referencia, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar como parte de la fuerza de trabajo, sino a una participación continua en las cuestiones económicas, políticas, sociales, culturales y espirituales.

## V. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el objetivo del estudio, se pudo concluir, que después de caracterizar las necesidades físicas, emocionales, cognitivas, afectivas, sociales y espirituales de las religiosas que conviven en el centro de acogida “Casa de Emaús”, en la ciudad de Manizales–Colombia, las religiosas estudiadas tienen cubiertas satisfactoriamente, sus necesidades a nivel general.

No obstante, es prioritario, mantener el cuidado y acompañamiento en sus necesidades físicas y especialmente de salud, que es la esfera más afectada en las religiosas en mención, aunque se denota, claramente, que hay un cuidado total, de su dignidad como personas y mujeres consagradas, por parte de la Congregación a la que pertenecen. Consecuentemente, debe realizarse educación permanente sobre su autocuidado, en la medida de lo posible y que conozcan

sobre cómo sobrellevar su condición de salud, de la manera más sana posible para evitar complicaciones.

Con respecto a la pirámide jerarquía de las “necesidades de Maslow”, esta comunidad de religiosas se encuentra en un nivel alto en la pirámide, lo que se manifiesta en el cubrimiento de necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, reconocimiento y autorrealización. Todo esto se evidencia en los resultados de la aplicación del Barthel, donde se observó, significativamente, un alto nivel de funcionalidad, para realizar las actividades de la vida diaria, en las religiosas, independientemente de su edad, su condición física y patologías concomitantes.

De igual manera los resultados de la aplicación de la Escala de Yesavage, también son significativos porque no se encontró depresión en ninguna religiosa. Asimismo, los resultados de la aplicación del Minimental test, son relevantes, ya que un alto porcentaje de religiosas conservan sus funciones mentales superiores.

Otros hallazgos importantes, al tener independencia en la movilidad, gozar de un adecuado estado emocional y mantener sus funciones cognitivas, les permite mantenerse activas, ocupadas y entretenidas en las múltiples actividades que realizan, lo que les facilita una interacción social, afectiva y espiritual adecuada. Como se evidencia las religiosas tienen funciones en la comunidad, entre ellas la más importante, la oración, que fundamenta sus existencias. En efecto, se encuentra en ellas, sentimientos superiores de reconocimiento, respeto, autoestima, autorrealización, felicidad, paz, armonía, agradecimiento y trascendencia.

Igualmente, se encontraron factores protectores que son coadyuvantes en el logro de estas cualidades especiales en las religiosas, la formación estricta de un itinerario de vida religiosa, la vocación y entrega por amor al prójimo, la espiritualidad, la formación intelectual, apostólica y espiritual, la manera particular de vivir y de ver el mundo, entre otras.

Por último, es más que pertinente concluir que las religiosas estudiadas, son un ejemplo de Envejecimiento Activo, que cumple con todas las características que incluye este concepto y que las hace una comunidad modelo, que el mundo debe conocer.

Las investigadoras, agradecemos, de todo corazón a Dios y a las religiosas de Emaús, el permitir conocerlas desde su cotidianidad y descubrir la grandeza de su ser, de sus vidas, sus historias; por lo que siempre les tendremos la más respetuosa admiración.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses, para publicar este artículo.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Médica Mundial. Revisión de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Washington, 2002. Relaciones Internacionales.  
<https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales/article/view/4986>.
- Beaumont Oar, Manuel (2015). Envejecer juntos en la vida religiosa: caminos de plenitud Manuel. *Recollectio* 38; 199-220
- Bejines Soto, Marcela, Velasco Rodríguez, Raymundo, García Ortiz Lidia, et al. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm IMSS*; 23(1):9-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- Calderón, Diego. (2018) Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*; 29(3): 182-191. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Figueroa Saavedra, Carla, Lagos Hernández, Roberto, García Domínguez, Maricela. (2017) Nivel educativo, edad y funcionamiento ejecutivo: Relación en la vejez. *Areté*. 2017; 17 (1),1-8. <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/1076>
- Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. Bogota, agosto 2015.
- Gomez Gracia, Julián David. (2015) Capacidad funcional del adulto mayor según la Escala de Barthel en hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo, Dulce atardecer y renacer de Bogotá, UDCA (Trabajo de grado) <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/457/1/Capacidad%20funcional.pdf>
- Gómez Palencia, Isabel Patricia, Cantillo Banquett, Dina, Coronado Quintana, Melisa, López Villamizar, Arlys, y Vergara Mendoza, Yesica. (2016). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(2), 235-242. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>
- Lago Carballea, Odalys y González Tapia, Margarita. (2019). A propósito del artículo “El envejecimiento. Repercusión social e individual”. *Revista Información Científica*, 98(1), 5-6. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332019000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100005&lng=es&tlng=es).

- Loredo Figueroa, MT, Gallegos Torres, RM, Xequé Morales, AS, Palomé Vega G, Juárez Lira, A. (2016) Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*;13 (3): 159-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Envejecimiento Demográfico en Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales* Bogotá, D.C.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. (2018) *Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios*. Buenos Aires Argentina.
- Montalvo Gabriela, Plasencia Roberto. (2015). *La motivación Comportamiento organizacional*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2002). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Segunda edición. Washington D.C. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>.
- Piñáñez García, María Claudia y Re Domínguez, María Lorena. (2015). Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 2(2), 63-69. [https://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(02\)63-069](https://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)63-069)
- Puello Alcocer, Elsy, Sánchez Caraballo, Álvaro, Rada Sabino, Paola, Argumedo Señá. Meiry. (2019) Sentimientos de depresión en personas mayores beneficiarios de un programa de extensión solidaria de "salud familiar". Córdoba Colombia. *Rev Avances en Salud*; (3) 2:27-32. DOI: 10.21897/25394622.1853.
- Ríos Flórez, Jorge Alexander, Medina Vera Temis Mauricio, Gómez López Daniel. (2017) Memoria declarativa y reconocimiento de emociones en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*; 9(2), 27-46. DOI: 10.17533/udea.rp. v9n2a03 0.
- Serra Taylor, José A y Irizarry-Robles, Carol Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. <https://dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>

Suárez Cid, Lilian y Gross Tur, Ramiro. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88-97.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&tlng=es)

[script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&tlng=es)

Zurita Pinto, Daniela Alexandra, Gordillo Alarcón Salomé, Proaño Rosero Alan Roger, Reyes Zamora Jeliz, Maldonado Monica. (2016). Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, *Enfermería investiga*; 1(3) 112-116.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194259>