

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



“Vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuevo Chimbote, 2025”

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

Autores:

Bach. Enf. Campos Varas, Abigail Valeri

Código ORCID: 0009-0008-9835-7265

Bach. Enf. Valverde Salazar, Stefany Nicole

Código ORCID: 0009-0008-0515-6975

Asesora:

Dra. Morgan de Chancafe, Isabel

DNI N°: 32799966

Código ORCID: 0009-0008-2934-6255

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Dra. Morgan de Chancafe, Isabel

DNI N°: 32799966

Código ORCID: 0009-0008-2934-6255

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V." B. de:

Dra. Falla Juárez, Luz

DNI: 32980676

ORCID: 0009-0005-0250-5840

PRESIDENTE

Dra. Huañap Guzmán, Margarita

DNI: 32955197

ORCID: 0000-0002-8474-3797

SECRETARIA

Dra. Morgan de Chancafe, Isabel

DNI: 32799966

ORCID: 0009-0008-2934-6255

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
Aula Multimedia E3 de la EPE, siendo las 11 horas del
día 14 de Agosto 2026, dando cumplimiento a la Resolución N°
174-2026-UNS-Fc se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dr. Luz Fallo
Juárez, teniendo como miembros a Dra. Margarita Huamán
Guzmán (secretario) (a), y Dra. Isabel Morgan de Blumstein (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería
realizado por el, (la), (los) tesista (as) Stefany Nicole Valverde Salazar
Abigail Valeri Baños Varas,
quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
Vivencias de per familiar del adulto mayor hospitalizado
Nuevo Chimbote 2025

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Excelente asignándole un calificativo de 30 (Veinte) puntos, según
artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa,
vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 12 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: Dr. Luz Fallo Juárez
Presidente

Nombre: Dra. Margarita Huamán
Secretario

Nombre: Dra. Isabel Morgan de Bl.
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesis () y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Stefany Nicole Valverde Salazar
Título del ejercicio:	Tesis
Título de la entrega:	Vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuev...
Nombre del archivo:	ar_del_adulto_mayor_hospitalizado,_Nuevo_Chimbote,_2025-1...
Tamaño del archivo:	594.11K
Total páginas:	58
Total de palabras:	13,059
Total de caracteres:	74,404
Fecha de entrega:	08-ago-2026 08:35p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	2997694716

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"Vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuevo Chimbote, 2025"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

Autor:
Carpes Vano Abigail Valeri
Código ORCID: 0009-0008-9835-7265
Valverde Salazar Stefany Nicole
Código ORCID: 0009-0008-0515-6875

Auxiliar:
Dra. Isabel Morgan de Chacaltz
DNI N°: 52799966
Código ORCID: 0009-0008-2014-6255

NEUO CHIMBOTE - PERÚ
2026

Vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuevo Chimbote, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

19% INDICE DE SIMILITUD	18% FUENTES DE INTERNET	1% PUBLICACIONES	12% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	9%
2	Submitted to Universidad Nacional del Santa Trabajo del estudiante	6%
3	revistascientificas.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1%
7	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to ITESM: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Trabajo del estudiante	<1%
9	libros.acanits.org Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
11	www.alzheimeruniversal.eu Fuente de Internet	<1%
12	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1%
13	Submitted to Corporación Universitaria del Caribe Trabajo del estudiante	<1%
14	www.dykinson.com Fuente de Internet	<1%
15	www.bayermaterialsscience.eu Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A Dios, por ser el pilar fundamental de mi vida, el guía constante en mi camino y la fuente inagotable de mi fortaleza. A Él le debo la vida, la salud y la templanza necesarias para afrontar cada uno de los desafíos que se presentaron a lo largo de este trayecto académico

A mis padres: Daniel Campos y Ofelia Varas, por su apoyo incondicional y por darme la oportunidad de seguir con mis metas académicas, por su amor mutuo y por brindarme buenos valores en mi vida.

A mi hermana: Alanis por sus ánimos y su confianza en cada meta y logro que me he propuesto y conseguí en el transcurso de mi carrera.

A mi pareja de vida: Gianmarco por su amor infinito, por sus consejos y los ánimos de seguir adelante a pesar de las dificultades que tuve en mi vida.

A mis mascotas, por ser mis compañeros de desvelos y estar cada momento a mi lado, brindándome una motivación para seguir adelante.

CAMPOS VARAS, Abigail Valeri

DEDICATORIA

A Dios, por darme la fuerza en los momentos difíciles, por darme esperanza cuando el camino parecía incierto, y por bendecirme con la oportunidad de llegar hasta aquí.

A mis padres, Rubén Valverde y Teolinda Salazar, por su amor incondicional y su apoyo. Gracias por siempre creer en mí. Este logro también es de ustedes.

A mi hermano, José; por cada vez que me acompañó, llevándome y recogéndome de la universidad o de cualquier lugar al que necesitara ir.

A mis mejores amigas, Lucía y Noemí, por todos los años de amistad sincera, por cada palabra de aliento y por acompañarme en los momentos difíciles. Gracias por estar ahí para mí.

A mi prima, Selene Sumiko; que en paz descanse. Tu recuerdo me acompañará siempre, y este logro también está dedicado a ti.

VALVERDE SALAZAR, Stefany Nicole

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por habernos brindado la vida, el tiempo y la sabiduría para llegar hasta este momento. Su presencia en nuestro ser y el sentido que confiere a nuestra existencia han sido el fundamento que sostuvo cada paso de este camino.

A nuestra querida *alma mater*, la Universidad Nacional del Santa, y a la Escuela Profesional de Enfermería, por habernos formado no solo como profesionales, sino también como personas comprometidas con el cuidado y la vida. Gracias por brindarnos los conocimientos, valores y vivencias que han marcado nuestra formación.

A nuestra asesora de tesis, la Dra. Isabel Morgan de Chancafe, por su paciencia, dedicación y compromiso durante todo el proceso de investigación. Gracias por sus valiosas orientaciones, por su exigencia académica y por confiar en nosotras, motivándonos a dar lo mejor en cada etapa de este trabajo.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento constante a lo largo de este proceso, siendo un pilar fundamental para alcanzar esta meta.

A todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este camino, nuestro más sincero y profundo agradecimiento.

CAMPOS VARAS, Abigail Valeri

VALVERDE SALAZAR, Stefany Nicole

ÍNDICE

RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Marco Referencial	16
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Objetivos de la Investigación	18
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	18
II. MARCO TEÓRICO	21
2.1. Fundamentos Filosófico-teóricos en la Investigación	21
2.2. Marco Conceptual	23
III. METODOLOGÍA	27
IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	34
V. CONSIDERACIONES FINALES	55
VI. RECOMENDACIONES.....	57
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
VIII. ANEXOS	62

RESUMEN

La presente investigación de tipo cualitativa-fenomenológico, tiene como objetivo analizar, comprender y develar el significado de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado.

La muestra fue constituida por 12 familiares de adultos mayores hospitalizados en un Hospital de Nuevo Chimbote que aceptaron participar voluntariamente, utilizando la técnica de saturación de discursos. Los datos fueron obtenidos a través de la entrevista a profundidad, y el análisis se realizará considerando la Trayectoria Fenomenológica propuesta por el filósofo alemán Martin Heidegger, con el propósito de develar el fenómeno y construir los significados que más se aproximen.

Se identificaron las siguientes unidades de significado: Sintiendo tristeza, Sintiendo temor, CCambios en el estilo de vida, AApooyo de la familia, CConfianza en Dios, AAceptación-resignación, Sintiendo preocupación, Sintiendo confusión.

Tesistas: Campos Varas Abigail Valeri y Valverde Salazar Stefany Nicole; Asesora: Dra. Isabel Morgan de Chancafe.

Palabras Clave: Ser familiar, adulto mayor, vivencias, hospitalización

ABSTRACT

This qualitative-phenomenological research, aims to analyze, understand, and reveal the meaning of being a family member of a hospitalized older adult.

The sample consisted of 12 family members of older adults hospitalized in a hospital in Nuevo Chimbote who voluntarily agreed to participate that was determined using the discourse saturation technique. Data were obtained through in-depth interviews, and the analysis will be conducted considering the Phenomenological Trajectory proposed by the German philosopher Martin Heidegger, with the purpose of revealing the phenomenon and constructing the most relevant meanings.

The following units of meaning were identified: Feeling sadness, Feeling fear, Lifestyle changes, Family support, Trust in God, Acceptance/resignation, Feeling worry, and Feeling confusion.

Thesis Authors: Abigail Valeri Campos Varas and Stefany Nicole Valverde Salazar; Advisor: Dr. Isabel Morgan de Chancafe.

Keywords: Family member, elderly adult, experiences, hospitalization

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI y plantea numerosos desafíos a nivel sanitario, económico y social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), la región de América Latina se enfrenta a un proceso acelerado de envejecimiento, por lo cual se estima que para el año 2050, una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años. Esta transición demográfica está estrechamente ligada al aumento de enfermedades no transmisibles, dependencia funcional y hospitalizaciones frecuentes entre las personas mayores, lo que requiere adaptar los servicios de salud para responder no solo a las necesidades biomédicas, sino también a las humanas, emocionales y sociales de este grupo poblacional (Rodríguez et al., 2022).

Ser adulto mayor implica atravesar una serie de transformaciones físicas, psicológicas y sociales. A nivel físico, suelen coexistir múltiples enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes mellitus, la artrosis, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, entre otras (Martínez et al., 2021). Estas condiciones generan una disminución progresiva en la capacidad funcional, lo que puede llevar a una pérdida de autonomía, dependencia parcial o total, y necesidad de cuidados prolongados. A nivel psicológico, el envejecimiento puede ir acompañado de sentimientos de soledad, miedo, inseguridad o depresión, especialmente cuando se presentan eventos vitales como el fallecimiento de seres queridos, el retiro laboral o la institucionalización (Gonzales-Velásquez et al., 2023). Socialmente, muchos adultos mayores enfrentan discriminación, exclusión o abandono, factores que agravan su vulnerabilidad (ONU, 2021).

En este contexto, el adulto mayor hospitalizado se encuentra en una situación de alta fragilidad. La hospitalización, aunque necesaria para el tratamiento de enfermedades agudas o descompensaciones, representa una vivencia disruptiva. El adulto mayor suele ser separado de su entorno cotidiano, sometido a procedimientos médicos invasivos, cambios en su rutina, y se

ve rodeado de personal desconocido. Esto puede generar confusión, angustia, desorientación, alteración del ciclo de sueño y, en muchos casos, el desarrollo del síndrome confusional agudo o delirium (Castillo-Castañeda et al., 2020).

Frente a esta situación, el rol de la familia adquiere gran importancia. El familiar de un adulto mayor hospitalizado se convierte en un puente entre el entorno hospitalario y la historia personal del paciente. Su presencia es clave no solo en términos afectivos, sino también como apoyo en la toma de decisiones, colaboración en cuidados básicos y vigilancia del estado general del ser querido (López-González et al., 2021).

Un familiar de un adulto mayor hospitalizado puede ser cualquier miembro de su familia (cónyuge, hijo, hermano, padre, etc.) que lo apoye y cuide durante su hospitalización. También se le puede llamar cuidador si brinda asistencia en las tareas diarias, como bañarse, comer o tomar medicamentos, ya sea en el hogar o en el hospital (Arminda et al., 2020). En la mayoría de los casos, se trata de hijos, hijas, cónyuges o nietos, que asumen de manera espontánea el rol de cuidadores informales, sin haber recibido preparación previa, enfrentándose a una situación para la cual no siempre están emocional ni físicamente preparados (Carreño-Moreno et al., 2022).

El familiar de un adulto mayor hospitalizado experimenta una vivencia intensa, ambigua y muchas veces contradictoria. Por un lado, desea brindar apoyo, protección y contención al ser querido; por otro lado, se enfrenta al miedo a la pérdida, a la impotencia frente a la enfermedad, y al estrés que implica mantenerse disponible física y emocionalmente durante el proceso de hospitalización. A menudo deben reorganizar su vida personal, laboral y familiar para poder acompañar al adulto mayor hospitalizado, lo que puede generar sobrecarga emocional, fatiga física, ansiedad, sentimientos de culpa, e incluso síntomas depresivos (Muñoz-Rodríguez et al., 2020). Sin embargo, estas vivencias rara vez son visibilizadas o abordadas desde el sistema de salud.

El sentido del Ser, en esta línea de análisis, puede comprenderse a partir del enfoque filosófico de Martin Heidegger (2000), en su obra *Ser y Tiempo*, donde propone que el Ser no es una cosa ni una categoría, sino la condición misma de posibilidad para que los entes (personas, objetos, situaciones) se manifiesten en el mundo. Heidegger centra su reflexión en el Dasein o “ser-en-el-mundo” o “ser-ahí”, entendiendo que la existencia humana se constituye por la capacidad de cuestionar y otorgar sentido a lo vivido. En este marco, el familiar que acompaña al adulto mayor hospitalizado no solo está cumpliendo un rol funcional de cuidado, sino que está experimentando una vivencia profundamente existencial, donde emerge el Ser en su forma más vulnerable, intersubjetiva y significativa.

El Dasein, como ente privilegiado que se interroga por su existencia, se proyecta en la vivencia del familiar que, en medio del entorno hospitalario, se enfrenta a la incertidumbre, el miedo, el amor y la fragilidad. Tal como plantea Heidegger (2000), la pregunta por el Ser se radicaliza en estas situaciones límite, donde la vida cotidiana se ve interrumpida y aflora la comprensión preontológica de la existencia. Así, el estudio de estas vivencias no solo responde a una necesidad asistencial o técnica, sino también a una necesidad ontológica de comprender cómo los seres humanos, en sus relaciones más íntimas, experimentan el cuidado, el sufrimiento y el acompañamiento en contextos de enfermedad.

Visibilizar las vivencias del familiar y otorgarles un lugar dentro del proceso de hospitalización se hace imprescindible, entendiendo que su presencia no constituye únicamente un acompañamiento simbólico, sino que representa un factor esencial para el bienestar integral del adulto mayor (Castro-Sánchez et al., 2021). La participación de la familia favorece la estabilidad emocional del adulto mayor y fortalece la relación terapéutica, por lo que resulta necesario sensibilizar al personal de enfermería y a los estudiantes de pregrado respecto al valor del cuidado familiar como parte de un modelo de atención humanizado, centrado no solo en el paciente, sino también en su entorno afectivo (Mendoza-García et al., 2020; Espinoza-Castro

et al., 2023).

Al respecto se han realizado investigaciones a nivel internacional, nacional y local, afirmando nuestra búsqueda por analizar, comprender y develar las vivencias de Ser familiar de adultos mayores hospitalizados.

1.1. Marco Referencial

A nivel internacional se reportaron los siguientes estudios de investigación:

En Chile, Da Costa JB (2021) en su estudio cualitativo titulado “Vivencia de Momentos Vividos por las Familias de Pacientes que Estuvieron Hospitalizados en Unidad de Cuidado Intensivo” cuyo objetivo fue describir la vivencia de las familias de pacientes que estuvieron hospitalizados en UCI abordando los síntomas que demuestran la existencia del síndrome post-hospitalización en la familia queda con repercusiones importantes a nivel emocional y mental, y se ha evidenciado que involucrar a la familia dentro del proceso de atención de los pacientes genera situaciones de estrés y una carga emocional desde el ingreso y posterior al egreso. “No poder quedarse como acompañante” fue uno de los factores estresantes, el principal motivo de preocupación de los familiares fue la inseguridad y el temor que sintieron sobre las condiciones reales del paciente en cuanto a su diagnóstico y pronóstico, y la disminución del nivel de conciencia y percepción del estar sujetado y/o detenido por varios sondas y catéteres.

En Ecuador, Castelo-Riva, Lange-García y Triviño-Carreño (2023), en su investigación cualitativa titulada “Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos”, cuyo objetivo fue establecer la satisfacción de familiares de pacientes ingresados en unidades críticas por COVID-19 ante la atención y cuidados de enfermería, demostraron que, la poca comunicación entre profesionales y familiares con respecto a los procedimientos que se efectúan, la gran demanda y la sobre saturación de los servicios, generan un impacto negativo en la salud mental en la familia debido a la falta de preparación para atender una

situación nueva que requería de cuidados especiales, presentando afectaciones psicológicas en familiares de pacientes ingresados, asociadas a las restricciones, protocolos y procedimiento, lo que más refieren es el no saber si su familiar saldrá con vida o en un cajón, además de tener temor a los procedimientos y maquinas a los que están conectados los pacientes.

A nivel nacional se reportaron los siguientes estudios de investigación:

En Lima, Castro-Sánchez (2021) “Vivencias y expectativas del familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y la percepción del comportamiento de cuidado de la enfermera en el Hospital Base de la Red Asistencial Almenara, Lima” demostró que algunos familiares consideran a las unidades de cuidados intensivos como un lugar donde se prestan cuidados avanzados, mientras que otros las consideran como lugares donde van a morir las personas más graves. Las Vivencias que viven los familiares al separarse de uno de los miembros del grupo familiar debido a la hospitalización desencadenan una serie de reacciones emocionales, con riesgo de intensificarse de acuerdo con la gravedad de la enfermedad. Por lo tanto, en la interacción enfermero-paciente se producen cambios en ambos participantes.

En Lima, Perú, Canchero (2023) en su investigación titulada “Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo”, manifiestan que en las Unidades de Cuidados Intensivos se prioriza el trato y manejo de las patologías asociadas al paciente y se deja en segunda instancia el bienestar emocional del familiar y el entorno del paciente. Esto mismo, asociado al uso de altas tecnologías, implementos científicos y monitorización estricta genera un desequilibrio en el familiar y en su entorno con pensamientos negativos y catastróficos referente a la muerte del paciente lo que afecta la dinámica y funcionalidad familiar. El cambio de sector en el área hospitalaria (urgencias / hospitalización) donde el acompañamiento del paciente en nuestra región es

constante en cuanto a horarios de visita preestablecidos corresponden a un cambio alarmante sobre todo por la monitorización extensa, los múltiples medicamentos e infusiones vistos en los primeros ingresos, generan en familiares incertidumbre con respecto a la salud del paciente. (Canchero et al, 2023)

A nivel local se reportó el siguiente estudio de investigación:

Estudios realizados en Nuevo Chimbote por Molter (2020) sobre la “Necesidad de los familiares del paciente crítico”, donde identificó el deseo de permanecer cerca de su ser querido. Este deseo de cercanía implica poder visitar a cualquier hora, ver al paciente frecuentemente, recibir información clara y precisa sobre el diagnóstico y pronóstico, mantener las relaciones amicales para recibir apoyo emocional y algunos aspectos del ambiente que pueden ayudar a la mejora del paciente, él nos describe el impacto emocional que conlleva el tener a un familiar adulto mayor hospitalizado para su entorno, más aún si es una persona con la que se convive diariamente, el no saber que le pasara a su familiar o el verlo en una camilla son situaciones que desequilibran a la familia.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado?

1.3. Objetivos de la Investigación

- Analizar y comprender las vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado.
- Develar las vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

La justificación de develar el Ser familiar del adulto mayor hospitalizado surgió de la necesidad de comprender las vivencias del familiar y analizar cómo experimentan este proceso, qué emociones predominan (miedo, temor, tristeza, angustia), cómo reorganizan sus vidas y qué significado atribuyen al cuidado hospitalario.

El paciente adulto mayor hospitalizado, con frecuencia, presenta enfermedades crónicas no

transmisibles que condicionan su fragilidad y dependencia. Esta situación exige la participación activa de un cuidador que, en la mayoría de los casos, es un familiar directo, quien asume de manera espontánea la responsabilidad de acompañar y sostener emocionalmente al adulto mayor.

A pesar de la evidente participación del familiar en la dinámica de hospitalización, su vivencia permanece invisibilizada en la práctica clínica y subestimada en la literatura científica. La mayoría de las investigaciones priorizan el bienestar del paciente, dejando en segundo plano el impacto emocional y psicológico que recae sobre sus familiares. Esta omisión refuerza un modelo biomédico limitado, que ignora la dimensión humana del cuidado.

Desde esta perspectiva, si los profesionales de enfermería comprenden y valoran las vivencias de los familiares de los adultos mayores hospitalizados, podrán establecer una relación terapéutica más cercana, empática y humanizada.

La justificación del presente estudio radica en la importancia de analizar, comprender y develar las vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado. Mediante los discursos de los participantes se podrá profundizar en sus sentimientos, percepciones y significados contruidos durante el acompañamiento de su familiar. Conocer estas vivencias permitirá aproximarse a una realidad poco explorada y comprender al familiar no solo como acompañante, sino como una persona que también atraviesa un proceso emocional y requiere atención, orientación y cuidado.

Asimismo, esta investigación se justifica en su potencial para transformar la mirada asistencialista y fragmentada que predominaba en muchos servicios de salud, hacia un enfoque integral que valorara y cuidara a la persona en su totalidad, incluyendo su entorno afectivo. Estudiar las vivencias del familiar del adulto mayor hospitalizado no constituyó únicamente un aporte académico, sino un acto ético que reconoce su papel activo en el

proceso de hospitalización y reafirma su derecho a ser integrado como parte del cuidado.

A nivel académico, este trabajo contribuirá a sensibilizar a los estudiantes de pregrado sobre la relevancia de los cuidados familiares, fomentando una formación profesional más integral y humana que permitirá ampliar el campo de estudio de enfermería, especialmente en el área de atención geriátrica y familiar, al incorporar la vivencia del familiar como eje central del análisis.

Además, los resultados servirán como fuente bibliográfica para futuras investigaciones con enfoque cualitativo–fenomenológico, específicamente en el área de geriatría y cuidado familiar.

Finalmente, develar las vivencias del familiar permitirá comprender que el acompañamiento, la enfermedad y la hospitalización del adulto mayor implican un proceso de toma de conciencia y reflexión sobre el vínculo afectivo, la posibilidad de pérdida, el desgaste emocional y la necesidad de recibir apoyo profesional. Por ello, cobra especial relevancia que el profesional de enfermería desempeñe el papel de cuidador integral, brindando atención al adulto mayor y a su entorno familiar, y contribuyendo a una atención de calidad con sentido humano, ético y científico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos Filosófico-teóricos en la Investigación

El sentido del Ser, en la obra “Ser y Tiempo” de Martin Heidegger (2000), es el concepto central alrededor del cual gira su pensamiento filosófico; él plantea la pregunta fundamental de ¿qué significa Ser? e intenta esclarecer lo que él llama la “cuestión del Ser”, que a su juicio ha sido olvidada o mal entendida por la filosofía occidental desde los tiempos de los antiguos griegos.

Según Heidegger (2000), el Ser no es una cosa, una categoría o un objeto concreto, sino aquello que permite que los entes (cosas, personas, animales, etc.) sean lo que son y se manifiesten en el mundo. En otras palabras, el Ser es la condición de posibilidad de todo lo que existe. A diferencia de otras formas de pensar que tratan de definir el Ser como una cosa más dentro del mundo, Heidegger explora el Ser como la vivencia fundamental de la existencia humana.

Al buscar comprender el sentido del Ser, el Dasein —entendido como “Ser-ahí” o Ser en el mundo— constituye el ente principal que debe ser analizado, pues su existencia mantiene una relación permanente con aquello que se pretende comprender. Por ello, preguntarse por el Ser supone profundizar en una característica propia del Dasein: su capacidad de comprenderlo previamente desde la experiencia cotidiana, aun sin recurrir a una explicación teórica o formal. A esta comprensión inicial se le denomina preontológica (Heidegger, 2000).

La enfermería es una de las profesiones que mantiene mayor cercanía con el Ser mediante el cuidado. Por ello, desarrolla investigaciones cualitativas orientadas a comprender los sentimientos y experiencias de los usuarios de los servicios de salud, generando conocimientos que puedan ser útiles para el cuidado de otras personas (Osorio, 2019, citado en Naranjo y González, 2021). Centrados en el cuidado del adulto

mayor hospitalizado, el enfoque fenomenológico permite comprender las vivencias del familiar como una vivencia subjetiva cargada de significados. Desde la perspectiva de enfermería, el cuidado no debe centrarse exclusivamente en el paciente, sino también en su entorno familiar, reconociendo al familiar como un sujeto que experimenta procesos emocionales, sociales y existenciales durante la hospitalización (Watson, 2008).

El familiar del adulto mayor hospitalizado enfrenta una serie de respuestas emocionales como ansiedad, miedo, tristeza e incertidumbre, las cuales están asociadas a la gravedad del estado de salud del paciente, la ruptura de la dinámica familiar y la exposición a un entorno hospitalario desconocido (Molter, 1979; Leske, 1991). Estas vivencias pueden generar una sobrecarga emocional significativa, afectando su bienestar y su capacidad de afrontamiento.

Desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson, se sostiene que el cuidado implica una relación transpersonal que integra dimensiones físicas, emocionales y espirituales, donde tanto el paciente como su familia deben ser considerados en el proceso de atención. En este sentido, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de brindar apoyo emocional, empatía y acompañamiento, favoreciendo un cuidado humanizado (Watson, 2008).

Asimismo, Madeleine Leininger, a través de la teoría del cuidado transcultural, plantea, las creencias, los valores y prácticas culturales influyen en la manera en que las personas perciben la salud, la enfermedad y el cuidado. Por ello, el familiar del adulto mayor hospitalizado interpreta la vivencia desde su contexto sociocultural, lo que condiciona sus respuestas emocionales y conductuales frente a la hospitalización (Leininger & McFarland, 2006).

Por otro lado, el modelo de adaptación de Callista Roy explica que el familiar enfrenta

estímulos estresores que requieren procesos de adaptación constante. La hospitalización de un ser querido representa un estímulo focal que desencadena respuestas adaptativas, las cuales pueden ser eficaces o ineficaces dependiendo de los recursos personales y del apoyo recibido (Roy, 2009).

En la misma línea, Betty Neuman, mediante su modelo de sistemas, señala que los estresores derivados del entorno hospitalario (información insuficiente, ambiente desconocido, incertidumbre) pueden alterar la estabilidad del sistema familiar. Sin embargo, el apoyo social, la comunicación efectiva y el acompañamiento del personal de salud actúan como líneas de defensa que ayudan a reducir el impacto del estrés (Neuman & Fawcett, 2011).

Desde la perspectiva filosófica, Martin Heidegger (2000) permite comprender estas vivencias desde el concepto de Dasein (ser-en-el-mundo), donde el familiar no solo cumple un rol funcional, sino que experimenta una vivencia existencial marcada por la preocupación (Sorge), el temor y la confrontación con la finitud. En este sentido, la hospitalización del adulto mayor se convierte en una vivencia que revela la vulnerabilidad humana y resignifica la relación con el otro.

De este modo, el estudio de las vivencias del familiar del adulto mayor hospitalizado permite comprender el cuidado desde una visión integral, donde el Ser se manifiesta en la relación entre paciente y familiar, evidenciando la dimensión humana, emocional y existencial del proceso de hospitalización.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. El Ser:

Según Heidegger (2000), en su obra *Ser y Tiempo*, el Ser no se concibe como un objeto, una cosa o una categoría específica. Más bien, representa aquello que posibilita que todos los entes (personas, objetos, animales, etc.) existan y se

manifiesten en el mundo. En este sentido, el Ser constituye la base que hace posible toda existencia. A diferencia de otras corrientes filosóficas que intentan definirlo como algo concreto, Heidegger lo aborda como una vivencia esencial ligada a la existencia humana.

2.2.2. Persona:

Según la Real Academia Española (2024), la persona es un individuo perteneciente a la especie humana.

En *Ser y Tiempo*, Heidegger evita el uso del término “persona” por su carga metafísica, teológica y psicológica, optando por el concepto de “Dasein”, que hace referencia al ser humano como aquel ente capaz de cuestionarse sobre su propia existencia (Heidegger, 2000).

2.2.3. Adulto Mayor:

El término adulto mayor se refiere a las personas que han alcanzado una edad avanzada, generalmente establecida a partir de los 60 o 65 años, dependiendo del contexto social y normativo de cada país. Según la Organización Mundial de la Salud (2025), se considera adulto mayor a toda persona de 60 años o más en países en desarrollo, en países desarrollados el umbral suele situarse en los 65 años.

Asimismo, el envejecimiento no debe entenderse únicamente como un proceso de deterioro, sino como una etapa del ciclo vital que puede desarrollarse de manera activa, saludable y participativa dentro de la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2025)

2.2.4. “Ser-ahí”/Dasein:

Para Heidegger (2000), el Ser alude a la propia existencia, en la cual el individuo posee la capacidad de comprender tanto su ser como el de los demás. Su esencia radica en el hecho de existir. El “Dasein” se caracteriza por estar inmerso en el mundo,

interactuar con él y formar parte activa de su entorno, influyendo en lo que le rodea.

2.2.5. Autenticidad - Inautenticidad:

La idea de que el ser necesita existir para manifestarse corresponde a una dimensión ontológica. En este contexto, la angustia surge como una respuesta genuina frente a la posibilidad de una vida inauténtica. El Dasein puede sentirse sobrecargado por su entorno, sin identificar claramente el origen de su malestar. No obstante, esta condición le brinda la posibilidad de ejercer su libertad, eligiendo entre vivir auténticamente o caer en la inautenticidad. El miedo, en este marco, representa una forma no auténtica de experimentar la realidad (Heidegger, 2000).

2.2.6. Ocupación/ Besorgen:

El concepto de ocupación se refiere a la forma en que el ser humano, como Dasein, se relaciona de manera práctica con su entorno cotidiano (Heidegger, 2000). Implica todas aquellas actividades orientadas a obtener, proveer o cuidar algo, tanto para sí mismo como para otros. También comprende la acción de velar y responsabilizarse por lo que rodea al individuo (Vilchez, 2015).

2.2.7. Preocupación/ Fursorge:

En la interacción con los demás, el cuidado se configura como una dimensión esencial del Ser. Heidegger (2009) señala que esta forma de existencia se manifiesta como preocupación, entendida como la implicación activa en la vida de otros. Desde una perspectiva ontológica, implica actuar y generar condiciones que permitan la existencia, teniendo como base el cuidado.

2.2.8. Cuidado:

Para Heidegger (2009), el cuidado es una manifestación esencial del ser humano que se expresa como atención, responsabilidad y disposición hacia el otro. No implica dominio, sino una forma de dar sentido a la existencia y a la vida humana.

2.2.9. Vivencia:

Las vivencias comprenden las experiencias cotidianas de una persona dentro de un contexto específico, las cuales son únicas y están determinadas por sus emociones y percepciones (Heidegger, 2009).

III. METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cualitativo fenomenológico, sustentado en las ideas de Martin Heidegger (1889-1976), en su obra *Ser y Tiempo*, la cual propone una perspectiva filosófica orientada a comprender la Esencia de la vivencia humana. Edmund Husserl (según Arenas, 2006), sostuvo que los fenómenos o vivencias significativas deben ser analizados tal como se manifiestan en la conciencia del sujeto “regresar a las cosas mismas”. Este enfoque se fundamenta en el marco interno de referencia del individuo, permitiendo interpretar lo vivido desde su propia perspectiva (Arenas, 2006).

La investigación cualitativa se caracteriza por ser un método flexible que implica la recolección y análisis de información no numérica, con la finalidad de comprender conceptos, emociones, significados, vivencias y comportamientos desde la visión de quienes los experimentan. Este enfoque se basa en la interpretación del investigador, lo que exige un proceso reflexivo riguroso respecto a sus decisiones, supuestos y posicionamientos teóricos (Santander Universidades, 2021).

En el ámbito de la enfermería, este tipo de investigación permite analizar fenómenos complejos relacionados con la salud y el cuidado humano, especialmente cuando se busca comprender cómo las familias enfrentan situaciones de enfermedad, vulnerabilidad o atención sanitaria (Naranjo y González, 2021).

La fenomenología, como método, resulta esencial al centrarse en las vivencias de la conciencia como objeto de estudio, lo que permite comprender cómo el mundo es experimentado por el sujeto. En este estudio, el fenómeno de interés está constituido por la vivencia de ser familiar de un adulto mayor hospitalizado. Este enfoque no pretende establecer generalizaciones universales, sino revelar significados, estructuras y esencias a partir de los discursos de los participantes, evidenciando la relación entre su mundo

interno y su contexto social (Rizo, 2015, citado en Fuster, 2019).

3.1. Escenario

La investigación se llevó a cabo en el servicio de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, institución ubicada en el distrito de Nuevo Chimbote, inaugurada el 10 de octubre de 1981 durante el gobierno del presidente Fernando Belaunde Terry y construida con apoyo del Gobierno Alemán.

Este hospital es un establecimiento público de segundo nivel (II-2), cuya misión es brindar atención médico-quirúrgica integral, orientada a la satisfacción de los pacientes mediante servicios de calidad y trato humanizado.

3.2. Sujeto de estudio

La población de estudio estuvo conformada por familiares directos de adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, quienes aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

3.3 Criterio de selección

- Familiares directos (hijos, cónyuges o nietos) de pacientes adultos mayores hospitalizados.
- Mayores de 18 años.
- Que acompañen de manera activa o frecuente al adulto mayor durante su hospitalización.
- Que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

3.4. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el criterio de saturación de discursos, la cual consiste en continuar recolectando información hasta que los participantes no aporten nuevos elementos relevantes. La saturación se alcanzó con

un total de 12 discursos.

3.5. Técnica e Instrumento de Investigación

En el presente estudio se empleó como técnica la entrevista a profundidad, la cual consiste en una interacción directa entre el investigador y los participantes, orientada a comprender las perspectivas que estos tienen sobre sus vivencias, situaciones o vivencias, expresadas con sus propias palabras.

Las entrevistas se desarrollaron bajo un modelo conversacional, promoviendo un diálogo horizontal más que un esquema rígido de preguntas y respuestas. Este enfoque cualitativo de carácter holístico tiene como objeto de estudio la vida, vivencias, ideas, valores y estructura simbólica del participante en el contexto actual. En casos en los que el entrevistado mostró timidez o dificultad para expresarse, se aplicó la técnica de “relanzamiento de la entrevista”, la cual consiste en estimular la participación mediante la repetición de palabras o frases clave, favoreciendo la continuidad del diálogo.

El propósito fue comprender en profundidad las perspectivas de los participantes respecto a diversas situaciones personales y sociales, facilitando la construcción de un discurso fluido, coherente y centrado en el tema de investigación.

3.6. Procedimiento

Las entrevistas se realizaron en la sala de espera del área de medicina B del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, a los familiares que previamente aceptaron participar en el estudio.

Antes de iniciar, se explicó el objetivo de la investigación, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado y la autorización para la grabación de los discursos.

Se planteó la siguiente pregunta norteadora: RELÁTEME: ¿CUÁLES SON SUS

VIVENCIAS COMO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO?

Una vez obtenida la información, las grabaciones fueron transcritas y sometidas a un análisis preliminar para identificar el sentido de los discursos. Este proceso se repitió de manera continua hasta que no se identificaron nuevos elementos relevantes, alcanzándose así la saturación de discursos.

Organización: Se elaboró un archivo individual por cada participante, utilizando códigos para preservar el anonimato. Se garantizó el rigor del estudio mediante la suficiencia (saturación) y la adecuación de la información, seleccionando los datos pertinentes según los requerimientos teóricos.

Fase analítica: Se basó en la reducción, categorización, clarificación, síntesis y comparación de los datos. Se buscó organizar la información de manera conceptual y sistemática, centrando el análisis en el fenómeno de interés: la vivencia de ser familiar de un adulto mayor hospitalizado. Posteriormente, se realizó un análisis temático profundo, identificando unidades de significado.

Fase informativa: Orientada a la presentación y difusión de los resultados, con el objetivo de aportar una mejor comprensión del fenómeno estudiado.

3.7. Análisis de discursos

Descripción fenomenológica

En esta primera etapa, se identificó a los familiares de adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón y se recogieron sus vivencias mediante entrevistas grabadas. Se formuló una pregunta norteadora que permitió a los participantes expresar libremente sus vivencias.

Esta fase permitió describir la vivencia tal como es vivida, enfocándose en la esencia del fenómeno.

El método fenomenológico se caracteriza por centrarse en la vivencia subjetiva del individuo, permitiendo al investigador comprender los relatos sin prejuicios, identificando patrones comunes que contribuyen a develar la esencia del fenómeno (Fuster, 2019).

Reducción fenomenológica:

En esta segunda fase, se buscó identificar el significado de las vivencias expresadas por los familiares, comprendiendo la esencia del fenómeno sin alterar las afirmaciones espontáneas.

Este proceso implicó la aplicación de la epokhé, es decir, la suspensión del juicio y de las creencias previas, dejando de lado la actitud natural. De este modo, se logró centrarse exclusivamente en las vivencias tal como se presentan en la conciencia, facilitando la interpretación y codificación de las unidades de significado.

Comprensión vaga y mediana:

En la tercera etapa se develaron los significados presentes en las descripciones espontáneas de los participantes.

Las unidades de significado fueron transformadas mediante un proceso deductivo, pasando del lenguaje EMIC al lenguaje ETIC, sin alterar la esencia del fenómeno.

- EMIC: Describe los significados desde la perspectiva del participante, incluyendo valores, creencias y vivencias.
- ETIC: Representa la interpretación del investigador basada en categorías teóricas externas.

Este proceso permitió profundizar en el análisis y comprender los aspectos esenciales del fenómeno.

Interpretación fenomenológica

En esta fase final se interpretaron los discursos para develar los significados presentes en las vivencias relatadas. Este proceso se desarrolló mediante:

- ***Análisis ideográfico***

Permitió comprender cada caso de manera individual, analizando las unidades de significado y sus interrelaciones. Requirió una aproximación empática del investigador al mundo de vida del participante.

- ***Análisis nomotético***

Consistió en integrar los significados individuales para construir la esencia general del fenómeno. Este análisis permitió identificar convergencias, divergencias y particularidades.

No se buscó generalizar estadísticamente, sino comprender profundamente el fenómeno desde la vivencia vivida.

Consideraciones éticas y de rigor

A. Aspectos éticos

Este estudio cumplirá con los principios éticos establecidos por la Universidad Nacional del Santa (2017), asegurando la protección de los participantes en todo momento:

Autonomía: Cada participante decidirá libremente su participación, firmando previamente el consentimiento informado.

Anonimato: La identidad de los entrevistados será protegida mediante seudónimos y codificación.

Beneficencia y no maleficencia: La investigación no causará daño físico, emocional ni psicológico a los participantes.

Justicia: Todos los participantes serán tratados con respeto, dignidad y

equidad.

Integridad científica: El estudio se llevará a cabo con veracidad, transparencia y fidelidad en la recolección y análisis de datos.

Responsabilidad: Los investigadores asumirán el compromiso ético de proteger la confidencialidad y el bienestar de los participantes.

Confidencialidad: Solo los investigadores tendrán acceso a los discursos, los cuales serán eliminados después del análisis final.

B. Consideraciones de rigor

Para asegurar la calidad y validez de los resultados, se considerarán los siguientes criterios de rigor científico:

Credibilidad: Se garantizará la autenticidad de los relatos y su fidelidad con la realidad vivida por los participantes.

Transferibilidad: Se incluirán suficientes datos descriptivos para que otros investigadores puedan evaluar su aplicabilidad en contextos similares.

Confirmabilidad: Se minimizará la influencia de los valores del investigador, asegurando una interpretación genuina de los discursos.

Auditabilidad: Se mantendrá un registro riguroso de todo el proceso metodológico y analítico, permitiendo la verificación por parte de otros investigadores.

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Con la finalidad de compartir los descubrimientos de la investigación, exponemos los resultados obtenidos en este estudio llevado a cabo con familiares de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote. Los participantes fueron elegidos siguiendo criterios específicos establecidos en el enfoque fenomenológico, respetando la transcripción fiel de todos los testimonios identificados mediante seudónimos para salvaguardar la confidencialidad. Posteriormente, se elaboraron significados que representan un esfuerzo por comprender las vivencias, con la intención de indagar el sentido del ser.

Se elaboraron ocho unidades de significado, las cuales reflejan el significado de Ser familiar de un adulto mayor hospitalizado.

1. Unidad de significado I: Sintiendo tristeza
2. Unidad de significado II: Sintiendo temor
3. Unidad de significado III: Cambios en el estilo de vida
4. Unidad de significado IV: Apoyo de la familia
5. Unidad de significado V: Confianza en Dios
6. Unidad de significado VI: Aceptación-Resignación
7. Unidad de significado VII: Sintiendo preocupación
8. Unidad de significado VIII: Sintiendo confusión

Unidad de significado I: Sintiendo tristeza

Sentir tristeza cuando un familiar adulto mayor está hospitalizado es una reacción completamente esperable. No es solo preocupación médica: también hay carga emocional, incertidumbre, cansancio y, a veces, anticipación de posibles pérdidas, así se evidencia en los discursos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 14.

“Me da tristeza verlo en una cama de hospital sin poder hacer o comer las cosas que

tanto le gusta, ellos podrán seguir con su vida, pero yo no”

DISC. 1

“Es difícil hablar sobre todo lo que uno siente o como debe sentirse en esas situaciones, es mi padre siento tristeza por él, pienso lo triste y culpable que debe sentirse.”

DISC. 2

“Él sabe que no queremos conectarle a maquinas o que lo estén hincando a cada rato yo entiendo que es necesario, pero no quiero que mi padre pase por eso, aunque me entristece verlo en una cama de hospital.”

DISC. 3

“Me da tristeza verla en esa cama de hospital.”

DISC. 4

“Me imagino el dolor que está sintiendo, a veces cuando estaba en mi casa se escuchaba en las noches como se quejaba y eso me entristece mucho.”

DISC. 5

“La verdad es muy difícil, ver a mi papa como día a día se va consumiendo más y más en la cama de un hospital, es triste porque nadie te prepara para esto, me da tristeza ver a mi papa así me rompe el corazón, ellos realmente no saben que es pasar por esto o que se siente ver a tu padre en una cama, ver envejecer a los padres es triste porque sabes que en algún momento se irán, verlo ahora a él apagarse cada día es triste y algo que no se lo deseo a nadie.”

DISC. 6

“Mi esposo está internado en el servicio de medicina desde hace varios días y para mí ha sido bastante difícil, me entristece mucho verlo en esa situación.”

DISC. 7

“Antes uno no se imagina lo difícil que puede ser estar en un hospital tantos días, ver que no se recupera me da mucha tristeza.”

DISC. 9

“A veces me pongo a pensar en que no la cuidé lo suficiente eso me pone triste pero ahora que mi esposa se mejore voy a estar más pendiente de ella.”

DISC. 10

“Estar en el hospital como cuidador es una vivencia que te hace reflexionar mucho, son muchas emociones juntas como la tristeza, pero sobre todo te hace madurar.”

DISC. 14

Para Martin Heidegger (2009), la tristeza no es un simple sentimiento psicológico, sino un estado de ánimo (Stimmung) fundamental que revela cómo el Dasein (ser-ahí/humano) se encuentra en el mundo. Más que la emoción superficial, la tristeza profunda se conecta con la angustia (Angst), confrontando al individuo con la finitud, el sinsentido cotidiano y la propia existencia, obligándolo a asumir su ser auténtico.

En el pensamiento de Heidegger (2009), la autenticidad es un concepto existencial en la que Dasein, reconoce y asume como propias las posibilidades de su Ser, incluida su condición de ser mortal. Esto supone vivir conforme a las propias decisiones, evitando quedar sometido al uno (das Man), entendido como las normas, expectativas y formas de actuar establecidas socialmente.

Para Heidegger (2009), la familia no es solo una unidad biológica, sino el espacio primordial donde el Dasein (ser-ahí) habita, cuida y se arraiga en el mundo. Más que una institución, es el núcleo de "habitar" auténtico, donde la existencia se despliega, se cuida y se encuentra a sí misma en conexión con otros, el lenguaje y el entorno.

La hospitalización de un ser querido genera en los familiares una crisis emocional profunda, caracterizada por tristeza, angustia, miedo, incertidumbre y estrés. Ver a su

familiar en un entorno crítico provoca impacto al presenciar su vulnerabilidad, cambios de roles y la falta de control sobre la situación. La hospitalización, especialmente en unidades críticas, provoca una crisis familiar situacional caracterizada por un profundo desajuste emocional. Según autores, los familiares experimentan tristeza profunda, angustia, miedo a la muerte, incertidumbre y estrés ante el cambio de roles y la limitación de visitas. Esta tristeza a menudo se manifiesta a través del llanto, impotencia y ansiedad. (Bautista et al, 2016)

Unidad de significado II: Sintiendo temor

El temor en los familiares de un paciente adulto mayor hospitalizado surge principalmente por la incertidumbre sobre su evolución, el riesgo de complicaciones y la posibilidad de pérdida, lo que genera ansiedad, sensación de impotencia y presión al tener que tomar decisiones importantes; además, el cambio en la dinámica familiar y el cansancio emocional intensifican este miedo, por lo que es clave buscar información clara del equipo médico, enfocarse en lo que sí se puede controlar, compartir responsabilidades y cuidar el propio bienestar para manejar mejor la situación, así se evidencia en los discursos: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 y 14.

“Me da temor irme un día a casa y que me llamen y me digan que el falleció, me da terror pensar como continuar sin él.”

DISC. 1

“Mi hermano está preso y aun no le hemos dicho a mi mama por temor a que empeore su salud.”

DISC. 4

“Tengo 7 hijos 5 hombres y 2 mujeres, me da temor pensar que si yo me enfermo mis hijos crezcan y pasen este tipo de cosas solos.”

DISC. 5

“A veces me pregunto y siento temor por esa incertidumbre de si ¿estará mejorando realmente o todavía falta mucho para que pueda salir del hospital?

DISC. 7

“A veces me siento asustado y con temor porque no sé qué hacer y solo quiero que mi mamá se mejore y continuar con mi vida.”

DISC. 8

“Cuando la trajimos aquí estaba bastante asustada porque todo era nuevo para ella y para nosotros como familiares el temor es mayor ya que también desconocemos todo de aquí y somos los encargados de gestionar todo.”

DISC. 9

“Igual sigue siendo difícil porque todo es diferente a lo que estamos acostumbrados en el campo, es un temor que no se puede explicar.”

DISC. 10

“A veces hay momentos de temor por no saber si su paciente mejorara ya que uno quiere que el paciente mejore rápido.”

DISC. 11

“En esos momentos ella me pregunta: ‘¿Crees que ya pronto podré volver a casa?’ y la verdad es que uno no siempre tiene una respuesta clara y tenemos ese temor de no saber si podremos seguir adelante”

DISC. 14

Heidegger (2000) subrayó la relevancia del concepto de “Angst” (angustia o temor), considerándolo no solo como una emoción común, sino como una vivencia que revela aspectos profundos de la condición humana. Esta angustia emerge de la conciencia de la propia finitud y la posibilidad de la muerte, enfrentando al ente con su existencia más auténtica.

El temor a que un familiar no se recupere es una angustia profunda relacionada con la tanatofobia (miedo a la muerte/pérdida) y el miedo al abandono. Según autores, esta ansiedad surge del apego, la dependencia emocional y la anticipación del dolor por la ruptura del vínculo afectivo, lo que puede generar un duelo anticipado o patológico.

El temor a que un familiar fallezca cuando está hospitalizado, especialmente si es un adulto mayor, es una reacción profundamente humana que suele estar ligada a la incertidumbre, el apego emocional y la anticipación de una posible pérdida; este miedo puede generar ansiedad, tristeza y pensamientos constantes sobre “lo peor”, por lo que es importante reconocerlo sin reprimirlo, buscar información clara del estado real del paciente, apoyarse en otros familiares y centrarse en acompañar con presencia y afecto, lo que no solo ayuda al paciente sino también a regular la propia carga emocional.

Jean Watson (2008) enfatiza la importancia de abordar el proceso de la enfermedad desde una perspectiva holística, integrando tanto los aspectos físicos como los emocionales y espirituales del paciente. No solo implica reconocer la condición física, sino también entender el impacto emocional y espiritual que tiene en el ser humano.

Unidad de significado III: Cambios en el estilo de vida

La hospitalización del adulto mayor modifica el estilo de vida de sus familiares, quienes cambian sus horarios de descanso, alimentación, trabajo y actividades personales para permanecer a su lado. Esta nueva rutina exige adaptación constante y puede generar cansancio, estrés y abandono temporal de sus propias necesidades, así se evidencia en los discursos: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

“Él es una persona bastante activa le gusta caminar, antes manejaba bicicleta, hacemos todo juntos, siempre salimos a pasear, sacamos a los perros al parque o viajamos, realmente mi vida cambio bastante después de que lo hospitalizaron.”

DISC. 1

“Es una situación que me pone tensa, tengo a mis hijos en casa y es un giro completo en mi vida, ya que ahora debo dividir mi tiempo en ver a mi mami y hacerme cargo de las cosas en mi casa.”

DISC. 2

“Bueno no es la primera vez que mi padre está hospitalizado, anteriormente ya se había hospitalizado por un accidente en donde perdió uno de sus ojitos y casi pierde su pierna, sin embargo, uno nunca se puede acostumbrar a este tipo de situaciones donde tiene que reorganizar todo para poder estar presente.”

DISC. 3

“Tengo a mi madre hospitalizada por primera vez, anteriormente ya se había caído, yo vivo lejos y no puedo venir a verla seguido, vivo Casma y venir a Chimbote me es complicado más porque tengo 6 hijos y no tengo quien los cuide, sin embargo, trato de dejar las cosas listas en mi casa para ver a mi madre.”

DISC. 4

“No es una persona que le haga mucho caso a su salud, si tiene alguna molestia toma sus hierbas que venden en el mercado, nunca ha ido al hospital o a la posta, en cuanto a sus hábitos no le negare él bebe y fuma, nosotros no estamos todo el tiempo con él, pero a raíz de esta situación el tiempo que compartamos deberá ser mayor ya que el necesita quien lo esté cuidado.”

DISC. 5

“Yo trato de venir todos los días desde temprano para acompañarlo y asegurarme de que esté tranquilo, es un gran viaje el que tengo que hacer, debo levantarme más temprano y organizarme bien, cuando uno tiene un familiar hospitalizado es un cambio completo en la vida de todos.”

DISC. 7

“Mi mamá es la que está hospitalizada. Nosotros venimos de Motocachy que queda como a dos horas de aquí, y no es fácil estar viniendo todos los días. Cuando se enfermó tuvimos que traerla al hospital, trabajo en transporte y tengo que organizar mis horarios para poder venir a verla. Y no es solo venir a visitarla, también implica estar pendiente de otras cosas. A veces hay que comprar medicamentos o algunos materiales que el hospital no tiene en ese momento. También está el gasto de pasajes y comida.”

DISC. 8

“Mi abuelita vive en un caserío, yo decidí quedarme varios días acompañándola para que no se sienta sola, debo gestionar el poco dinero que tenemos, muchos familiares nos están apoyando económicamente y nos turnamos para cuidarla, no lo consideramos sacrificio, pero si un gran esfuerzo es un gran cambio realmente.”

DISC. 9

“Yo soy agricultor y vivo en un pueblo que queda bastante lejos de aquí. Para llegar al hospital tuvimos que viajar varias horas porque en nuestro puesto de salud nos dijeron que ya no podían atender a mi esposa, así que tuvimos que venir para poder curar a mi esposa, deje mi trabajo y actividades encargado de alguien más, uno debe adaptarse a los nuevos cambios.”

DISC. 10

“Nosotros vivimos aquí, pero algunos familiares vienen de Santa, entonces tuvimos que organizarnos para poder acompañarlo. Nos turnamos para que siempre haya alguien con él durante el día. Ser cuidador implica muchas cosas: traerle ropa limpia, estar pendiente de lo que necesita, hablar con los doctores y también mantener informados a los demás familiares.”

DISC. 11

“Yo vengo de Vinzos, a veces nos turnamos con los otros familiares de los otros pacientes para ir a almorzar y que no se queden solos.”

DISC. 12

“Mi hermana está internada y yo soy la que la acompaña la mayor parte del tiempo porque ella no tiene hijos, a veces el cansancio se siente bastante, sobre todo cuando uno no ha dormido bien o cuando está preocupado por la salud del familiar, los horarios de sueño y comida cambian y no son siempre a la misma hora.”

DISC. 13

“Desde entonces hemos estado viniendo constantemente para acompañarla. Como trabajo como profesor, a veces tengo que organizar mis horarios para poder venir después de clases o en los momentos libres que tengo.

DISC. 14

Según Martin Heidegger (2009), un cambio en el estilo de vida implica pasar de una existencia inauténtica (sumergida en el «ellos» o das Man) a una existencia auténtica. Esto requiere asumir la propia finitud (ser-para-la-muerte), romper con la conformidad social y asumir la responsabilidad de las propias decisiones, viviendo con "resolución". La vida de una persona que cuida a otra cambia de forma integral, ya que asume nuevas responsabilidades que modifican su rutina, prioridades y roles; suele haber reducción del tiempo personal, alteraciones en el sueño y la alimentación, menor vida social y, en muchos casos, impacto laboral o económico, además de un aumento del estrés, la carga emocional y el cansancio físico; desde la enfermería, autores como Dorothea Orem señalan que el cuidador puede descuidar su propio autocuidado, mientras que Callista Roy explica que la persona debe adaptarse continuamente a esta nueva situación, lo que puede generar tanto desgaste como desarrollo de resiliencia, dependiendo del apoyo recibido y de las estrategias de afrontamiento que utilice.

Callista Roy, desde su Modelo de Adaptación, plantea que el cuidador enfrenta estímulos estresores que obligan a modificar sus patrones de conducta y roles, mientras que Dorothea Orem, en su teoría del autocuidado, señala que el cuidador suele descuidar sus propias necesidades al priorizar al paciente, generando desequilibrio; asimismo, Madeleine Leininger destaca que los cuidados y cambios también están influenciados por factores culturales y familiares, y Betty Neuman explica que esta situación incrementa el estrés y puede afectar la estabilidad del sistema personal del cuidador, evidenciando que el acompañamiento prolongado impacta tanto en la salud física como emocional y requiere estrategias de apoyo y adaptación.

Unidad de significado IV: Apoyo de la familia

El apoyo familiar hacia quien cuida a otra persona también implica reconocimiento, comunicación efectiva y organización conjunta, aspectos que ayudan a prevenir el agotamiento y el aislamiento del cuidador; cuando la familia participa activamente, se favorece una distribución equitativa de tareas y se fortalece el afrontamiento emocional, lo que repercute positivamente tanto en la salud del cuidador como en la atención del paciente, tal como lo sugiere Callista Roy al señalar la importancia de la adaptación con soporte social, y Madeleine Leininger al resaltar el valor de la familia y la cultura en los procesos de cuidado., así como se evidencia en los discursos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 y 14

“Mis hijos vienen, pero yo no quiero dejarlo solo, los familiares me dicen que debo prepárame y debo ser fuerte, sé que quieren motivarme y darme fuerzas, realmente aprecio mucho eso”

DISC. 1

“No le guardo rencor y si estoy aquí es porque es mi padre y pese a sus errores seguirá siéndolo, es difícil pasar por estas cosas, pero mis hermanos siempre me están

apoyando ya sea con dinero o viniendo a verlo.”

DISC. 2

“Mis hermanos viven lejos pero siempre están preguntando o llamando, la verdad nosotros ya conversamos con mi papi”

DISC. 3

“He querido traer a mis hijos a que vean a su mamita, pienso quedarme un tiempo en la casa de mi mama hasta que se sienta mejor.

DISC. 4

“Mi esposo dice que lo acompañemos el tiempo que sea necesario porque somos la única familia que tiene mi cuñado”

DISC. 5

“La mayoría de mis familiares dicen que sienten que este pasando por esto y que debo ser fuerte”

DISC. 6

“Uno como familiar se preocupa mucho porque no está acostumbrado a verlo enfermo ni dependiendo de otras personas, pero siento que el hecho de que este aquí le ayuda, porque cuando me ve cerca se calma y conversa conmigo.”

DISC. 7

“A pesar de todo, trato de estar presente porque siento que cuando mi mamá me ve se siente más tranquila.”

DISC. 8

“Creo que como familiares también cumplimos un rol importante porque ayudamos a que el paciente se sienta más tranquilo.

DISC. 9

“Yo trato de estar siempre cerca de mi esposa, acompañándola y ayudándola en lo

que pueda. A veces me quedo sentado varias horas a su lado conversando con ella para que no se sienta sola.”

DISC. 10

“Ahora trato de ayudar en cosas pequeñas, como acomodarlo cuando está incómodo o avisar a la enfermera si tiene dolor”

DISC. 12

“Sin embargo, algo que me ha ayudado mucho es conversar con otras personas que también están cuidando a sus familiares. Muchos vienen de pueblos o distritos y tienen historias parecidas. Entre nosotros nos damos ánimo y compartimos nuestras preocupaciones. En esos momentos uno se da cuenta de que no es el único que está pasando por una situación difícil. Ese apoyo entre familiares también ayuda a sobrellevar la vivencia.”

DISC. 13

“También he visto a muchos familiares que pasan largas horas acompañando a sus seres queridos, igual que nosotros. En lo personal, trato de conversar mucho con mi mamá cuando estoy con ella para que se sienta acompañada y no pierda el ánimo.”

DISC. 14

Según Martin Heidegger (2009), un cambio en el estilo de vida implica pasar de una existencia inauténtica (sumergida en el «ellos» o das Man) a una existencia auténtica. Esto requiere asumir la propia finitud (ser-para-la-muerte), romper con la conformidad social y asumir la responsabilidad de las propias decisiones, viviendo con "resolución" Según la literatura de enfermería, el apoyo familiar al cuidador no solo cumple una función práctica, sino que constituye un elemento central en la estabilidad emocional y la capacidad de afrontamiento; Dorothea Orem explica que cuando el cuidador recibe ayuda, puede mantener su propio autocuidado y evitar el desgaste, mientras que Betty

Neuman describe a la familia como una barrera protectora frente al estrés, capaz de disminuir el impacto de los factores estresantes del entorno hospitalario; a su vez, Callista Roy plantea que el apoyo favorece procesos de adaptación más saludables, permitiendo al cuidador reorganizar sus roles sin afectar gravemente su bienestar, y Madeleine Leininger resalta que este acompañamiento está profundamente influenciado por valores culturales, donde la solidaridad familiar fortalece el compromiso y la calidad del cuidado; en conjunto, estos autores coinciden en que una red familiar activa no solo mejora la vivencia del cuidador, sino que también impacta positivamente en la recuperación y dignidad del paciente.

Unidad de significado V: Confianza en Dios

En familiares de pacientes hospitalizados, la creencia en Dios suele desempeñar un papel importante como recurso de afrontamiento emocional y espiritual, ya que brinda esperanza, consuelo y sentido frente a la incertidumbre y el sufrimiento; desde la perspectiva de enfermería, Madeleine Leininger destaca que las creencias religiosas y culturales influyen directamente en la forma en que las personas entienden la enfermedad y el cuidado, mientras que Jean Watson, a través de su teoría del cuidado humano, resalta la dimensión espiritual como parte esencial del bienestar, señalando que la fe puede fortalecer la resiliencia, promover la tranquilidad y ayudar a los familiares a sobrellevar el miedo, la angustia y la posible pérdida durante la hospitalización.; así se evidencian en los discursos: 1, 2, 3, 4, 5 y 11.

“Todos los días le rezo a Dios para que mi esposo regrese a casa conmigo, sé que esto es culpa de que no se cuidaba como debía, pero sé que después de esto ya entendí que con la salud no se juega, solo le pido a Dios otra oportunidad.”

DISC. 1

“Considero que si es la voluntad de Dios que mi padre siga con nosotros así será.”

DISC. 2

“Solo confió en los planes de Dios de igual manera tratamos de estar lo máximo presente con mi papi para que no se sienta solo o abandonado.”

DISC. 3

“Que ella dice que su religión le impide venir a hospitales o recibir sangre, pero yo se que todo se hará según la voluntad de Dios”

DISC. 4

“Ya no sabemos qué hacer para que no sufra, aunque suene feo quisiéramos que Dios lo recoja para que ya no sufra más.”

DISC. 5

“Uno trata de tener paciencia y si Dios quiere mi papi saldrá pronto de aquí y nos iremos a casa.”

DISC. 11

Para Heidegger, la fe no es una certeza racional o dogmática, sino un modo de existencia fáctica, una actitud arriesgada y abierta al Ser, que debe convivir con la posibilidad de la no creencia. Es una "vivencia fáctica de la vida" que implica vivir la realidad confiando en la verdad del ser, más allá de la lógica.

Según autores de enfermería, la creencia en Dios en familiares de pacientes hospitalizados constituye un recurso importante de afrontamiento espiritual que influye en la manera de enfrentar la enfermedad y la incertidumbre; Madeleine Leininger sostiene que las creencias religiosas forman parte del contexto cultural del cuidado y orientan las respuestas emocionales y conductuales de la familia, mientras que Jean Watson, desde la teoría del cuidado humano, enfatiza que la espiritualidad y la fe favorecen la esperanza, el consuelo y la conexión emocional en situaciones de sufrimiento; asimismo, Betty Neuman considera la dimensión espiritual como una

línea de defensa que ayuda a reducir el impacto del estrés, y Callista Roy plantea que la fe puede facilitar procesos de adaptación positiva, permitiendo a los familiares encontrar significado y fortaleza ante la hospitalización de su ser querido.

Unidad de significado VI: Aceptación- Resignación

La aceptación de la muerte en familiares de pacientes hospitalizados es un proceso emocional complejo que suele desarrollarse de manera progresiva, especialmente cuando la condición del paciente es crítica o irreversible; implica pasar de la negación y el temor hacia una comprensión más serena de la realidad, permitiendo encontrar sentido, prepararse emocionalmente y, en muchos casos, priorizar el acompañamiento y la calidad de vida del ser querido; desde la enfermería, Elisabeth Kübler-Ross describe este proceso a través de etapas como negación, ira, negociación, depresión y aceptación, mientras que Callista Roy explica que la persona logra adaptarse mediante mecanismos que le permiten reorganizar sus emociones y afrontar la situación de manera más equilibrada, favoreciendo una despedida más consciente y menos traumática., así como se evidencia en los discursos: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10 y 12

“Yo ya lo he perdonado, pero no tengo una relación muy cercana o afectuosa

DISC. 2

“Nosotros ya hablamos cada uno de nosotros se despidió, si suena feo, pero siempre hemos sido de la creencia que todos tenemos un tiempo de vida en este mundo, él fue un excelente padre el mejor que puso existir, siempre fue bueno con todos, aunque era bastante serio en su trabajo siempre tenía tiempo para nosotros y nos enseñó eso, decir preparados creo que la palabra adecuada es resignación.”

DISC. 3

“Él sabe que en cualquier momento podría morir dice que se siente bien por qué no está solo, si bien nosotros no tenemos un vínculo sanguíneo o afectivo no puedo

quedarme en mi casa sabiendo que él está en el hospital solo.”

DISC. 5

“Uno como hijo sabe que en cualquier momento sus padres ya no estarán en este mundo.”

DISC. 6

“Esta vivencia me ha hecho pensar mucho en la salud y en cómo cambia la vida cuando un familiar se enferma.”

DISC. 9

“Señoritas, lo que más deseo es que pueda recuperarse pronto para regresar a nuestra casa.”

DISC. 10

“Creo que esta vivencia me ha hecho madurar un poco porque uno aprende a asumir responsabilidades.”

DISC. 12

La aceptación según Martin Heidegger, conocida como Gelassenheit (serenidad o dejar-ser), implica no dominar ni forzar la realidad, sino abrirse a ella tal como es, aceptando nuestra "facticidad" o ser arrojados al mundo. Es un estado activo-pasivo donde el Dasein (ser-ahí) asume su finitud y mortalidad, abandonando el control técnico.

Según autores de enfermería, la aceptación de la muerte en familiares de pacientes hospitalizados se entiende como un proceso de adaptación emocional y espiritual ante una situación límite; Callista Roy plantea que, frente a estímulos estresantes como la inminencia de la muerte, los familiares desarrollan mecanismos de afrontamiento que les permiten alcanzar una adaptación progresiva, mientras que Betty Neuman señala que la estabilidad del sistema personal se ve amenazada, pero puede restablecerse

mediante recursos de apoyo, incluyendo la dimensión espiritual; por su parte, Jean Watson resalta que el cuidado humanizado y la conexión espiritual facilitan procesos de aceptación más serenos, y Madeleine Leininger enfatiza que las creencias culturales y religiosas influyen significativamente en cómo los familiares comprenden y aceptan la muerte, favoreciendo una vivencia más significativa y menos traumática del final de la vida.

Unidad de significado VII: Sintiendo preocupación

La preocupación de la familia hacia un paciente hospitalizado es una respuesta emocional frecuente que surge ante la incertidumbre sobre su estado de salud, el temor a complicaciones y la posibilidad de un desenlace desfavorable, generando ansiedad, vigilancia constante y necesidad de información, así como se evidencia en los discursos: 1, 7, 8, 9, 11 y 14.

“A veces le pregunto al doctor o las enfermeras como esta mi esposo que me digan con sinceridad si mi esposo se va a recuperar y ellos me dicen que está bien pero que su situación es impredecible, no está crítico, pero debe estar en observación y eso me preocupa bastante.”

DISC. 1

“A veces los doctores están ocupados y hay que esperar para poder preguntarles algo. Yo trato de tener paciencia porque sé que hay muchos pacientes, vivo preocupada todo el tiempo, pero igual trato de mantenerme fuerte para que él no se preocupe más.”

DISC. 7

“Pero sí es una preocupación grande porque uno también piensa en la economía de la casa. Cuando pienso en mi hijito que está chiquito y que yo soy el principal sostén de la familia.”

DISC. 8

“A veces también me toca hablar con los doctores o las enfermeras porque mi abuelita no entiende muy bien lo que le explican y yo también me preocupo ya que tampoco entiendo mucho, siendo sincera señoritas nosotros no tenemos mucha educación así que se nos complica mucho.”

DISC. 9

“Cuando mi papá fue hospitalizado toda la familia se preocupó bastante, eso hace que a veces haya que esperar bastante para algunas cosas.”

DISC. 11

“Cuando la trajimos al hospital fue un momento bastante preocupante para toda la familia, porque su estado de salud se complicó de un momento a otro, a veces ella misma se preocupa por cuánto tiempo tendrá que quedarse hospitalizada.”

DISC. 14

Según la teoría de enfermería, la preocupación de la familia frente a un paciente hospitalizado no solo es una reacción emocional inmediata, sino un proceso dinámico influido por factores personales, sociales y culturales; Betty Neuman amplía que los estresores pueden ser internos (emociones, pensamientos) y externos (entorno hospitalario, información médica), afectando la estabilidad del sistema familiar, mientras que Callista Roy señala que esta preocupación impulsa respuestas adaptativas que pueden ser eficaces o ineficaces según el apoyo recibido; asimismo, Madeleine Leininger destaca que las creencias culturales y familiares condicionan la forma en que se expresa y maneja la preocupación, y Jean Watson enfatiza que el acompañamiento empático del personal de salud ayuda a transformar la angustia en confianza, favoreciendo un entorno más humano tanto para el paciente como para su familia.

Para Heidegger, la preocupación (Sorge o "cuidado") no es una emoción negativa, sino la estructura fundamental del ser humano (Dasein) que define su existencia como un "ser-en-el-mundo". Es la inquietud constante por el propio ser, sus posibilidades y su finitud (angustia/mortalidad), revelando la necesidad de asumir una existencia auténtica frente a la cotidianidad impersonal.

Unidad de significado VIII: Sintiendo confusión

La confusión de una persona al no conocer un hospital es una reacción frecuente ante un entorno desconocido, complejo y altamente demandante, caracterizado por múltiples áreas, normas, lenguaje técnico y dinámicas de atención que pueden generar desorientación, ansiedad e inseguridad, así se evidencia en los discursos: 7, 9, 10 y 12

“También hay momentos en los que me siento un poco confundida porque no sé exactamente cómo va evolucionando su enfermedad o no entiendo algunos términos que utilizan.”

DISC. 7

“Nunca antes habíamos estado en un hospital grande, las salas, las camas, las máquinas que hacen ruidos todo el tiempo y también la cantidad de personas que hay, nos confunde mucho tantas cosas que tenemos que hacer.”

DISC. 9

“Al inicio me sentía confundido porque no conocía la ciudad ni el hospital. Hay muchos pasillos, muchas salas, y uno no sabe bien a dónde ir o a quién preguntar. Con los días uno va aprendiendo.”

DISC. 10

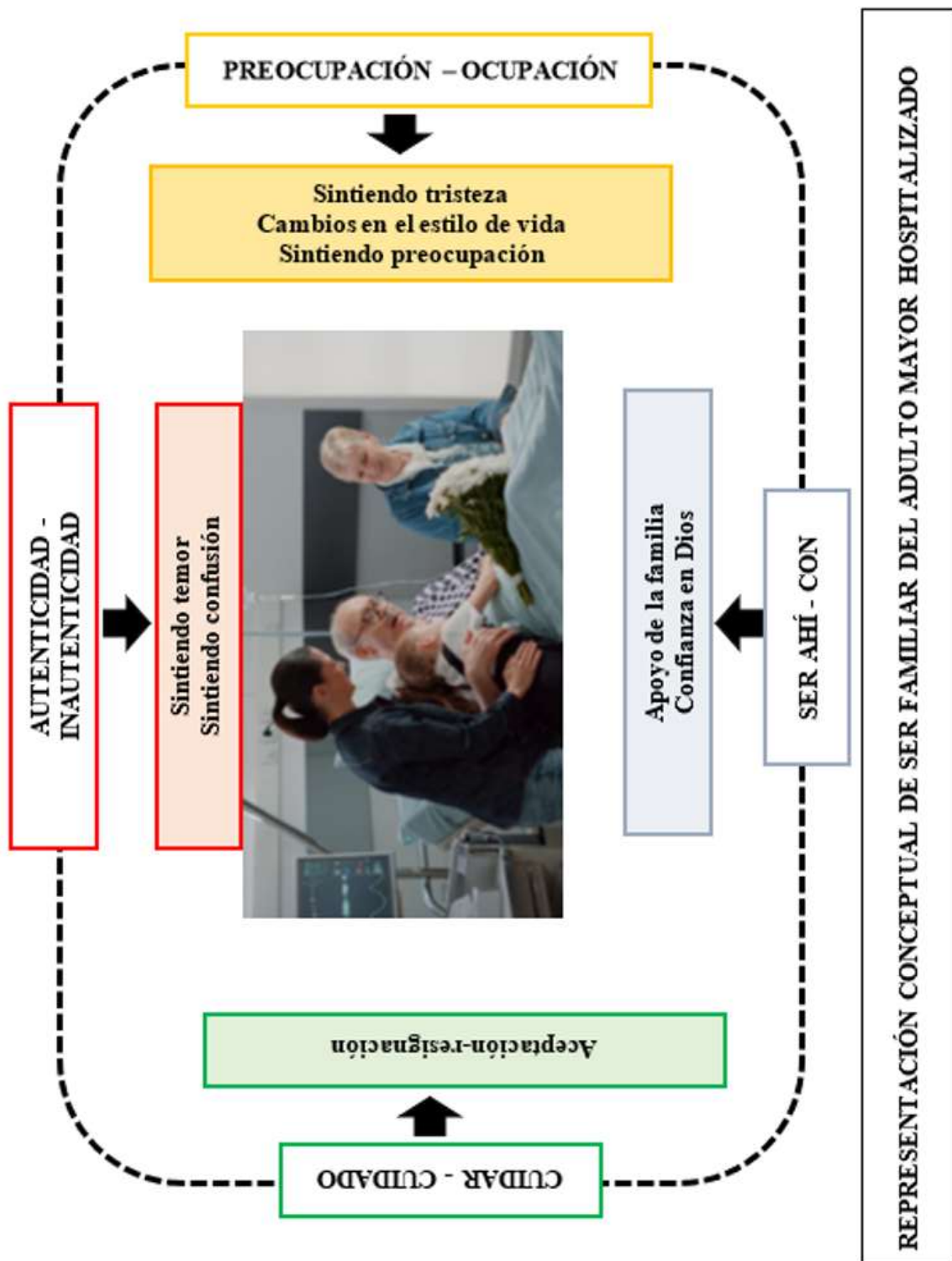
“No estoy acostumbrado a los hospitales grandes. La primera vez que entré al cuarto donde está mi papá me impresionado bastante ver 3 pacientes, siempre pensé que cada uno tendría su propio cuarto y también algunos equipos médicos que nunca había

visto antes, y déjeme decirle que son muy molestos, hacen ruido todo el tiempo y no dejan dormir a nadie. Al principio me sentía un poco confundido porque no sabía cómo funcionaban las cosas aquí. No sabía cuándo podía entrar, cuándo venían los doctores o a quién debía avisar si mi papá se sentía mal. Con los días fui aprendiendo observando y preguntando.”

DISC. 12

Según Martin Heidegger, la confusión ante lo nuevo surge cuando las cosas pierden su sentido familiar y el Dasein (ser humano) pierde su comodidad cotidiana, forzándolo a una crisis existencial. Esta "angustia" o desconcierto es fundamental porque desvela el "ser" oculto, rompiendo la inercia del uso técnico y cotidiano para permitir un pensamiento más profundo.

Según autores de enfermería, la confusión que experimenta una persona al no conocer un hospital se interpreta como una respuesta a estímulos estresores derivados de un entorno desconocido y altamente estructurado; Betty Neuman señala que el ambiente hospitalario puede alterar la estabilidad del individuo al generar tensión y desorientación, mientras que Callista Roy explica que la persona debe poner en marcha mecanismos de adaptación para enfrentar esta nueva situación y lograr un equilibrio; por su parte, Jean Watson enfatiza que el cuidado humanizado, la comunicación clara y el acompañamiento emocional son fundamentales para disminuir la ansiedad y facilitar la integración del individuo al entorno hospitalario, promoviendo así una vivencia menos estresante.



V. CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación cualitativa, de abordaje fenomenológico, tuvo como objetivo analizar, comprender y develar el significado de Ser familiar de un adulto mayor hospitalizado. El análisis de las vivencias expresadas por los participantes permitió aproximarse a sus sentimientos y experiencias durante la hospitalización. Tras analizar los testimonios de doce familiares, se formularon las siguientes consideraciones finales:

Sintiendo tristeza, revela que la tristeza es una vivencia profundamente arraigada en el Ser del familiar, manifestándose como respuesta al sufrimiento del adulto mayor hospitalizado y a la percepción de su vulnerabilidad. Esta emoción trasciende lo momentáneo, generando una transformación en la forma de percibir la realidad, marcada por la sensibilidad y la introspección.

Sintiendo temor, evidencia que el temor surge como una vivencia constante frente a la incertidumbre del estado de salud del adulto mayor, la posibilidad de pérdida y la falta de control sobre la situación. Este miedo no solo se limita al presente, sino que se proyecta hacia el futuro, configurándose como una vivencia existencial.

Cambios en el estilo de vida, se configura como una transformación significativa en la vida del familiar, quien reorganiza sus actividades, prioridades y roles para asumir el acompañamiento del adulto mayor hospitalizado. Esta situación genera sobrecarga física, emocional y social, afectando su bienestar integral.

Apoyo de la familia, es vivido como un soporte fundamental que brinda contención emocional, fortaleza y acompañamiento, permitiendo al familiar afrontar con mayor resiliencia las dificultades del proceso de hospitalización. El vínculo familiar se convierte en un elemento clave para sostener al Ser en momentos de adversidad.

Confianza en Dios, se manifiesta como un recurso espiritual que otorga esperanza, consuelo y fortaleza. La fe permite al familiar encontrar sentido a la vivencia vivida,

brindándole paz interior y motivación para continuar acompañando al adulto mayor.

Aceptación-Resignación, se presenta como un proceso progresivo mediante el cual el familiar logra asimilar la hospitalización del adulto mayor, adaptándose a la realidad desde una actitud de comprensión, resiliencia y aprendizaje frente a la adversidad.

Sintiendo preocupación, refleja un estado constante de inquietud por la evolución del adulto mayor, las decisiones a tomar y las posibles complicaciones, generando una carga emocional sostenida que acompaña al familiar durante todo el proceso.

Sintiendo confusión, evidencia las dificultades del familiar para comprender el entorno hospitalario, la información brindada y los cambios en la condición del paciente, generando incertidumbre y desorientación frente a la situación vivida.

VI. RECOMENDACIONES

Considerando la importancia y los resultados de esta investigación, se formulan las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer una atención más empática, humanizada y centrada no solo en el paciente, sino también en el familiar como sujeto de cuidado, por el personal de enfermería.
- Promover la capacitación del personal de enfermería en el abordaje de las vivencias emocionales del familiar, tales como tristeza, temor, preocupación y confusión, a fin de brindar un acompañamiento integral durante el proceso de hospitalización.
- Fortalecer la comunicación terapéutica entre el personal de salud y los familiares, proporcionando información clara y oportuna que permita disminuir la incertidumbre y la confusión.
- Impulsar en las instituciones de salud estrategias de apoyo emocional dirigidas a los familiares de pacientes hospitalizados, reconociendo su rol fundamental en el proceso de cuidado.
- Fomentar en las universidades el desarrollo de investigaciones cualitativas con enfoque fenomenológico que permitan comprender la vivencia de los familiares, contribuyendo a la humanización del cuidado en salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canchero- Ramírez, A.; Matzumura Kasano, J. & Gutiérrez Crespo, H. (2019). Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. *An Fac med.* 80(2).
<https://doi.org/10.15381/anales.802.16412>
- Carreño-Moreno, S., Arias-Rojas, M., & Posada-López, A. (2022). Sobrecarga emocional en cuidadores familiares de adultos mayores hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 13(1), e2362. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2362>
- Castillo-Castañeda, C. D., Reyes-Rodríguez, M. F., & Aguilar-Tamayo, M. F. (2020). Delirium en adultos mayores hospitalizados: factores de riesgo y estrategias de prevención. *Revista Médica del IMSS*, 58(3), 278–285.
- Castro-Sánchez, A. M., Díaz-García, L., & González-Gil, M. T. (2021). Vivencia del familiar durante la hospitalización del adulto mayor: una mirada desde la enfermería humanizada. *Enfermería Clínica*, 31(5), 321–327.
- Castro-Sánchez, A. M., Díaz-García, L., & González-Gil, M. T. (2021). Vivencia del familiar durante la hospitalización del adulto mayor: una mirada desde la enfermería humanizada. *Enfermería Clínica*, 31(5), 321–327.
- Espinoza-Castro, M., Valenzuela-Suazo, S., & Pavez-Soto, A. (2023). Cuidadores familiares de personas mayores hospitalizadas: emociones, necesidades y abordaje profesional. *Revista Chilena de Enfermería*, 38(1), 45–53.
<https://doi.org/10.5354/0719-5516.2023.68321>
- Espinoza-Castro, M., Valenzuela-Suazo, S., & Pavez-Soto, A. (2023). Cuidadores familiares de personas mayores hospitalizadas: emociones, necesidades y abordaje profesional. *Revista Chilena de Enfermería*, 38(1), 45–53.

- Gonzales D, Lopera A, Montoya D, Tamayo F, Tejada I. Lo que quiero saber: vivencia del familiar durante la hospitalización. *Rev CES Enf.* 2020; 1: 3-16
- Gonzales-Velásquez, R. M., Calderón-Arias, N. L., & Morales-Zevallos, M. (2023). Factores psicosociales asociados a la salud mental de adultos mayores. *Revista Peruana de Geriátría y Gerontología*, 9(1), 23–30.
- Heidegger, M. (2000). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.). Editorial Trotta. (Obra original publicada en 1927).
- Heidegger, M. (2000). *Ser y tiempo* (J. Gaos, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1927)
- Leininger, M., & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, 20(3), 236–244.
- López-González, L., Rodríguez-Muñoz, B., & Carretero-Bermejo, A. (2021). El rol del familiar durante la hospitalización de adultos mayores: implicancias para el cuidado de enfermería. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(2), 80–86.
- Martínez, A., Ávila, A., & Núñez, S. (2021). Condiciones crónicas y capacidad funcional en adultos mayores: una revisión narrativa. *Revista Médica de Costa Rica*, 88(1), 35–42.
- Mendoza-García, M. E., Martínez-Piedra, R. A., & García-López, L. (2020). Relación empática enfermera-familia y su impacto en la vivencia hospitalaria del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 17(2), 119–125.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.770>

- Mendoza-García, M. E., Martínez-Piedra, R. A., & García-López, L. (2020). Relación empática enfermera-familia y su impacto en la vivencia hospitalaria del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 17(2), 119–125.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332–339.
- Muñoz-Rodríguez, D. I., González-Morales, T., & Suárez-Pérez, J. (2020). Cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados: una revisión sistemática sobre sobrecarga emocional. *Ciencia y Cuidado*, 17(3), 50–58.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- Ñopo, H. R., & Hidalgo, S. (2022). Envejecimiento y atención a la dependencia en el Perú. <https://doi.org/10.18235/0004440>
- ONU. (2021). Informe mundial sobre el envejecimiento saludable. <https://www.un.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Envejecimiento y salud. *Página de la OMS*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ramos-Pla, A., Blanco-Mavillard, I., & Bonet-Monne, J. (2021). Cuidado humanizado en contextos hospitalarios: percepción del acompañamiento familiar. *Enfermería Global*, 20(2), 172–182. <https://doi.org/10.6018/eglobal.445381>
- Ramos-Pla, A., Blanco-Mavillard, I., & Bonet-Monne, J. (2021). Cuidado humanizado en contextos hospitalarios: percepción del acompañamiento familiar. *Enfermería Global*, 20(2), 172–182.
- Rodríguez, F. J., Pérez, L. M., & Ortiz, A. J. (2022). Transición demográfica en América Latina: desafíos para el sistema de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e145.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.

Santander Universidades. (2021). Investigación cualitativa y cuantitativa: características, ventajas y limitaciones. Open Academy.

<https://www.santanderopenacademy.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>

Soto, C. y Vargas, I. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de Cuidados*, 21(48). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>

Tapia, R. (2021, 8 de abril). La descripción fenomenológica: centrarse en la esencia y estructura del problema a través de múltiples perspectivas. Scribd. <https://es.scribd.com/document/502061769/En-que-consiste-la-descripcion-fenomenologica>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Se me ha informado que la investigación tiene como objetivo analizar las vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuevo Chimbote, 2025. Esta investigación está siendo conducida por las tesis Campos Varas Abigail Valeri y Valverde Salazar Stefany Nicole con la asesoría de la docente Dra. Isabel Morgan de Chancafe de la Universidad Nacional del Santa. Al aceptar participar, deberé responder una entrevista, la que tomara algunos minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así las investigadoras podrán transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas. Mi participación es completamente voluntaria. La información proporcionada será tratada de manera estrictamente confidencial y utilizada únicamente para los fines establecidos en este estudio. Para proteger mi identidad, mis datos personales serán reemplazados por un código de identificación. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Nombre:

DNI:

ENTREVISTADO

Abigail Valeri Campos Varas

INVESTIGADORA

Stefany Nicole Valverde Salazar

INVESTIGADORA

ANEXO N° 02: Entrevista

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“Vivencias de Ser familiar del adulto mayor hospitalizado, Nuevo Chimbote, 2025”

GUIA DE ENTREVISTA

I. DATOS INFORMATIVOS

Pseudónimo: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora: _____

II. OBJETIVO

Obtener datos fidedignos de los participantes relacionado a la investigación.

III. ACTIVIDADES

a. Fase de Orientación

1. Presentación
2. Explicar el objetivo del estudio de investigación que se desea realizar.
3. Informar acerca de la confidencialidad y anonimato.
4. Obtener su aceptación permitiendo que se grabe la entrevista.

b. Fase de Trabajo

1. Iniciar la entrevista en un ambiente cómodo y privado.
2. Se planteará la pregunta norteadora principal: *“Relátame: ¿Cuáles han sido sus vivencias como familiar de un adulto mayor hospitalizado?”*.

c. Fase de Finalización

1. Dar por concluida la entrevista cuando la información obtenida sea suficiente y ya no se generen nuevos datos.
2. Agradecer la participación del entrevistado y, de ser pertinente, programar una nueva cita para complementar la información.