

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**VALORACION SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN EL ASENTAMIENTO
HUMANO LUZ Y PAZ – MANANTAY 2014**

**Tesis para optar el
Título de Licenciado(a) en Enfermería**

AUTORES

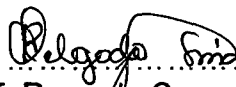
SANCHEZ TRIGOSO DELIA VIOLETA

DAZA PINEDO, MARTHA LUZ.

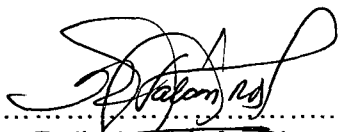
PUCALLPA – UCAYALI

2014

Esta Tesis fue aprobada por el jurado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la
Universidad Nacional de Ucayali



.....
Lic. Enf. Rosa de Carmen Delgado Soria
Presidenta



.....
Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero
Miembro



.....
Lic. Enf. Yolanda Palazuelos Pezo
Miembro



.....
Mg. Gaby Luz Panduro Salas
Asesora



.....
Martha Luz Daza Pinedo
Bachiller



.....
Delia Violeta Sánchez Trigoso.
Bachiller

A la persona a quien más admiro, mi madre, cuya fortaleza y dedicación influyó, en la culminación de mi carrera profesional. A mi querido padre, por la orientación brindada en cada etapa de mi vida. A mi más grande adoración Adrianna, quien me acompañó y motivó para concluir este proyecto.

Delia

Dedico a la memoria de mi padre: Luiz Daza Lopez, a mi madre y a mi pareja quienes con su apoyo moral permitieron la culminación de mi carrera y a mis dos grandes amores Manuel y Dereck quienes son la inspiración y fortaleza que me permitieron continuar con mis metas trazadas.

Martha

AGRADECIMIENTO

A Dios quién nos dio el privilegio de la vida, la fortaleza y la capacidad necesaria para poder cumplir el desarrollo de todas nuestras metas y a nuestros familiares por apoyarnos moral y económicamente para la culminación de nuestra carrera profesional.

A la Universidad Nacional de Ucayali, nuestra Alma Mater y a todos los docentes de nuestra querida Facultad Ciencias de la Salud quienes nos brindaron sus conocimientos durante nuestra formación profesional.

A los miembros de la Casa del Adulto Mayor del Asentamiento Humano Luz y Paz por su participación y colaboración desmedida.

Las autoras.

INDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DEL CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema.....	14
1.2. Justificación.....	16
1.3. Objetivos generales y específicos.....	18

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema.....	19
a) Internacional.....	19
b) Nacionales.....	21
c) Locales.....	22
2.2. Planteamiento Teórico del problema.....	23

2.2.1 Generalidades del adulto mayor.....	23
a) Definición de adulto mayor.....	23
b) Características del adulto mayor.....	23
- Biológicas.....	23
- Psicológicas.....	25
2.2.2 Valoración integral.....	29
2.2.3 Valoración socio familiar.....	32
a. Situación familiar.....	32
b. Vivienda.....	34
c. Apoyo de la red social.....	37
d. Situación económica.....	38
e. Relaciones sociales.....	39
2.2.4. Valoración funcional.....	41
2.2.5. Valoración psicológica.....	42
a. Función cognitiva.....	42
b. Función emocional.....	43
2.3. Definición de términos.....	43
2.4. Variables.....	44
2.5. Operacionalización de variables.....	44

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de investigación.....	46
3.2. Población y muestra.....	46
3.3. Instrumentos de recolección de datos.....	47
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	48
3.5. Tratamiento de los datos.....	48

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión.....	49
----------------------------------	----

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	61
5.2. Recomendaciones.....	63
BIBLOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Situación familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.....	49
Tabla 2.	Situación económica del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.....	51
Tabla 3.	Condiciones de la vivienda del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.....	53
Tabla 4.	Relaciones sociales del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.....	55
Tabla 5.	Apoyo de la red social al adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.....	57
Tabla 6.	Valoración socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano. Luz y Paz – Manantay 2014.....	59

Resumen

Trabajo de investigación no experimental, cuantitativa, de tipo descriptivo y corte transversal, tuvo como objetivo valorar la situación socio familiar del adulto mayor en el asentamiento humano Luz y Paz – Manantay 2014. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores que acuden a la Casa del Adulto Mayor del Asentamiento Humano Luz y Paz- Manantay en el presente año, el tamaño de la muestra fue de 80 adultos mayores, los que fueron seleccionados por conveniencia teniendo en cuenta a los 120 adultos mayores inscritos que pertenecen a la jurisdicción de Luz y Paz; para recolectar los datos se utilizó como técnica la entrevista y el instrumento de medición fue el cuestionario. Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS versión 18. Se obtuvieron los siguientes resultados: de 80(100%) adultos mayores encuestados, 42(52.5%) manifiestan vivir con su familia, sin conflicto familiar, 40(50%) presentan un ingreso económico irregular (menos del mínimo vital) de igual manera 40(50%) cuentan con una vivienda semi construida o de material rústico; 41(51.25%) manifiestan mantener relaciones sociales con la comunidad; y 46(57.5%) no cuenta con seguro social.

Concluyendo que las condiciones socio familiares en las que vive el adulto mayor no son las más adecuadas, haciéndoles más vulnerable y dependiente de su red social.

Palabras Clave: Adulto mayor, situación socio familiar, redes de apoyo.

ABSTRACT

Working non-experimental, quantitative research, descriptive and cross-sectional, aimed to assess the socio family situation of the elderly in the slums Light and Peace - 2014 Manantay Material and Methods: The population consisted of 120 adults older than attend the Senior House Human Settlement Manantay Light and Peace this year, the sample size was 80 older adults, who were selected by convenience considering the 120 enrolled seniors belonging to the jurisdiction of Light and Peace; to collect the data was used as the interview technique and the measuring instrument was the questionnaire. For data analysis SPSS version 18 was used the following results were obtained: 80 (100%) older adults surveyed, 42 (52.5%) report living with their families without family conflict, 40 (50%) have an irregular income (below the poverty) likewise 40 (50%) have a semi rustic home built or material; 41 (51.25%) state maintain social relationships with the community; and 46 (57.5%) do not have social insurance.

Concluding that the socio family where the elder lives are not the most appropriate, making them more vulnerable and dependent on their social network.

Keywords: Elderly, partner family status, support networks.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud que traerá como consecuencia. El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles social de los adultos mayores.

Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.

Cabe mencionar que el principal sistema social del adulto mayor y el apoyo que recibe vienen de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción, tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

La familia del adulto mayor brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas

y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados.

La O.M.S. ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social.

Actualmente en el Perú se viene desarrollando el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, donde está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que desde el 2006 cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye la valoración funcional, mental, socio familiar y física, la cual debe ser aplicada una vez al año a todo paciente adulto mayor que acude a consulta externa en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Se han realizado diversos estudios sobre la valoración geriátrica en pacientes adultos mayores que acuden a hospitales del Perú, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados; sin embargo, no existen datos a nivel nacional sobre la realidad de los pacientes que se atienden en el primer nivel de atención. Esta información es relevante, porque permitiría priorizar futuras intervenciones para mejorar la situación de salud de los adultos mayores desde la atención primaria.

Para mayor comprensión, el contenido se divide en los siguientes capítulos:

Capítulo I Planteamiento del Problema: En este capítulo se presenta la formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II Marco Teórico: Se describe los antecedentes internacionales, nacionales y locales así como el planteamiento teórico del problema, la definición de términos básicos, descripción de las variables y operacionalización de las mismas.

Capítulo III Metodología: Se describen el método de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y el tratamiento de los datos.

Capítulo IV Resultados y Discusión: Se presentan las tablas que responden a los objetivos planteados.

Finalizando con el Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones: Elaborados en base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el estudio.

Anexos: Se presentan el cuestionario, los gráficos, fotos y documentos utilizados en el desarrollo de la investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

La población adulto mayor ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento alto, pues según la OMS, en el año 2005 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total. En el Perú, en el año 2020, esta población será del 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia, la medicina, la higiene, nutrición, las condiciones y estilos de vida favorables.

Si bien es cierto, una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los determinantes sociales de la salud (Economía, trabajo, educación, vivienda) de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración integral geriátrica. Desde el punto de vista sociológico, la familia tradicional en América Latina ha ido evolucionando. Gradualmente, se ha ido convirtiendo en familia nuclear con características propias de áreas urbanas y con cambios importantes en el rol de la mujer en el hogar y en la sociedad.

Estos cambios tienen repercusiones importantes en la capacidad que tiene la familia como tal para dar respuestas solidarias a las necesidades de las personas con discapacidades que históricamente dependían del cuidado familiar. Por otro lado habitualmente, la vivienda tiene dimensiones reducidas y no están adaptadas para acoger a personas con dificultades funcionales. Adicionalmente en la sociedad, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel directamente productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque no siempre logran obtener un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente saludable y con los apoyos necesarios para mantener la funcionalidad, muchos de los adultos mayores se dedican a labores domésticas y trabajos menores.

El envejecimiento de la población es un hecho irrefutable que la mayoría de las sociedades tiene que visualizar ahora para enfrentar el futuro en el aspecto social, cultural y económico. Es por ello que el tema del adulto mayor ha cobrado fundamental importancia en las políticas mundiales y locales, y muchas de las investigaciones llegan a la conclusión de que es necesario abordarlo desde un punto de vista holístico.

Por un lado, se hace imprescindible comprender la vejez y el proceso de envejecimiento desde una perspectiva bio - psico -social, por otro, desde la reintegración social y la economía de los estados.

Según Márquez, M. (2007) el concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, donde el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y social, que en interrelación, los tres provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de considerar aspectos como: el estado de salud de este grupo, la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida.

Labiano, M. (2002) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación.

Después de haber descrito anteriormente la realidad de la problemática nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

Problema general:

¿Cuál es la situación socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz - Manantay 2014?

Problemas específicos:

1. ¿Cuál es la situación familiar del adulto mayor?
2. ¿Cuál es la situación económica del adulto mayor?
3. ¿Cuáles son las condiciones de la vivienda del adulto mayor?
4. ¿Cuáles son las relaciones sociales que mantiene el adulto mayor con su entorno?
5. ¿Qué necesidad de apoyo de redes sociales presenta el adulto mayor?

1.2. Justificación:

El hecho de que la población adulto mayor vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico, que por un lado se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

En el Perú como en varios países de América Latina el proceso de envejecimiento se produce en un contexto de pobreza e inequidades, con una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

Por tal motivo, debe prepararse desde ahora para un envejecimiento poblacional sin precedentes, es de vital importancia que los sistemas de salud de los países en desarrollo estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas. Para manejar la creciente carga de las enfermedades es preciso tener oportunidades de promover la salud y prevenir las enfermedades dentro de la comunidad, así como de tratar dichas enfermedades en los servicios de salud.

Sin embargo, estas medidas tendrán que tomarse a partir del conocimiento que se derive de los diferentes estudios que se realicen sobre el adulto mayor y su entorno socio familiar.

Por lo tanto cabe mencionar que es de suma importancia la valoración socio familiar del adulto mayor ya que permite identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud y bienestar de la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación. Siendo dos las dimensiones que se estudian: los recursos humanos y materiales necesarios para ayudar o suplir los déficits físicos y psíquicos del adulto mayor, así como la integración a su entorno, y su calidad de vida.

1.3. Objetivos de la Investigación:

1.3.1. Objetivo General

Valorar la situación socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz - Manantay 2014.

1.3.2. Objetivo Específicos

Valorar la situación familiar del adulto mayor.

Conocer la situación económica del adulto mayor.

Valorar la condición de la vivienda del adulto mayor.

Conocer las relaciones sociales del adulto mayor con su entorno.

Identificar las redes sociales de apoyo al adulto mayor.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Problema

a) Internacional:

Zavala, M., et al. (2009). Realizaron un estudio titulado "Funcionamiento social del adulto mayor" destinado a conocer la autoestima y el funcionamiento social de los ancianos, concluyendo que se encontró una correlación positiva, a mejor funcionamiento social obtenido del autoreporte, mayor autoestima. Lo mismo ocurre entre las variables autorreporte de funcionamiento social de los ancianos y la escala de percepción de funcionamiento familiar-Apgar. Los resultados de esta investigación podrán ser considerados por los profesionales de salud para que en el trabajo con ancianos y sus familias se fomente la independencia, la funcionalidad y la calidad de vida.

Villarreal, G., et al. (2011). En su investigación titulada "Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo - Colombia", buscaron determinar las condiciones socio familiares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia)". Teniendo como resultados: el 40.4% de

los adultos mayores está en riesgo social; un 27.3% tiene problema sociales y sólo el 32,3% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable. La situación familiar más frecuente consiste en que los adultos mayores de 65 años viven con familiares y sin conflicto, en un 32,4%, y viven con el cónyuge de similar edad el 25 %; sin embargo, el 8% se encuentra en situación de abandono familiar, el 47,7% no recibe pensión ni otros ingresos y el 37% obtiene un ingreso ocasional, el 44% tiene afiliación, pero necesita mayor apoyo social institucional, el 17% requiere de apoyo institucional, aunque tiene seguridad social, y el 21.8 % no cuenta con seguridad social. Viven en viviendas inadecuadas un 32,4%, con equipamiento inadecuado un 17.8%, y el 17.1% de las viviendas tienen barreras arquitectónicas, tales como viviendas construidas en topografía irregular, obstáculos por desnivel en el interior de la vivienda, escalones, pasillos y puertas estrechos. Concluyendo: Estos resultados nos muestran que las condiciones socioeconómicas convierten al adulto mayor en vulnerable y dependiente de su red social, en especial al grupo de las mujeres.

Merchán, V. (2011). En su investigación “Capacidad funcional y problemas socio asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres”, concluyó: La situación socio familiar más frecuente es la de la persona que vive con su pareja (38,3 por ciento; IC, 6,31) o con sus hijos, en una vivienda con barreras arquitectónicas (43,0 por ciento; IC, 6,43) y con buena relación con el entorno social (61,0 por ciento; IC, 6,33). Conclusiones. Los ancianos del área de salud de Cáceres presentan una buena capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, menor capacidad para las actividades instrumentales y una elevada comorbilidad.

b) Nacionales:

Varela, L., et al. (2009). En su investigación "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia", analizaron significado de la expresión lingüística 'calidad de vida del adulto mayor' que tiene para el adulto mayor y para su familia, donde concluyeron: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. (Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda).

Ruiz, L., et al. (2006). En su investigación titulada "Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención" tuvieron como objetivo: Determinar la situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao, teniendo como resultado en la valoración socio familiar: sólo 24,9% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable. El sexo está asociado al nivel de valoración socio familiar ($p < 0,05$), los varones tienen una mejor situación que las mujeres (29,7 frente a 22,9%), en 50,9% de las mujeres se encuentran riesgo social, no se encontró relación con el grupo de edad, la mayoría (71,4%) vive con familiares y sin conflicto familiar; sin embargo 3,1% se encuentran en situación de abandono familiar, 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos y 46,2% no cuenta con seguro social. Donde concluyeron: que La mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo socio familiar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultos mayores.

Yábar, C., et al. (2006-2007). Proyecto de investigación titulada "Prevalencia, características clínicas, socio familiares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Tuvieron como Objetivo: Determinar la prevalencia, características clínicas, funcionales y socioeconómicas del anciano frágil mayor de 75 años en el Hospital III Es salud de Chimbote entre octubre 2006 y abril 2007, obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia de fragilidad fue del 71.3% (IC 95%: 62.4%-79.1%). Dentro de las características clínicas de los ancianos frágiles, el 16.1% presentaba pluripatología siendo frecuentes los síndromes geriátricos agudeza visual y auditiva disminuida (68.4% y 65% respectivamente). De acuerdo a la escala de valoración funcional de la Cruz Roja, el 53.5% mostraba algún grado dependencia, en su mayoría de tipo leve, el cuestionario de Pfeiffer mostró déficit y/o deterioro cognitivo en el 14.9% y de acuerdo a la Escala de Gijón, en el 77.0% existía riesgo o problema social. El análisis multivariado encontró como factores asociados a fragilidad a la agudeza visual disminuida ($p=0.020$) y a la agudeza auditiva disminuida ($p=0.033$); mientras que, una buena o aceptable situación socio familiar ($p=0.011$) constituyó un factor protector. Concluyendo: que existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado.

c) Locales:

Eléspuro, T., et al. (2012-2014). En su investigación "Implementación de un programa de atención integral PROATIN para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor AA.HH 7 de junio", concluyó que la aplicación de un programa de atención integral, educación, actividad física y cuidado de la cavidad bucal, en personas mayores de 60 años de la casa del Adulto Mayor, a lo largo de seis meses, mejoró significativamente su capacidad funcional, su percepción del estado de salud, y su calidad de vida en forma integral, el programa de atención integral Salud, PROATIN, según la Escala de Barthel mejoró

significativamente la capacidad funcional del adulto mayor en estudio, evidenciado en el incremento del porcentaje promedio, las actividades de la vida diaria que observaron mejoría fueron la realización de deposiciones, micción y subir escaleras.

2.2. Planteamiento Teórico del Problema

2.2.1. Generalidades del adulto mayor

a) Definición Adulto mayor

Según la OMS, “la personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad”.

b) Características del adulto mayor

- Biológicas.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (2010). Manifiesta que el envejecimiento es un proceso universal, esperamos que en un futuro el conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad permita diferenciar las características, signos y síntomas de enfermedades, por ejemplo la demencia, que no es consecuencia de este proceso y debe ser investigada como cualquier otro padecimiento. La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea la necesidad de diversos abordajes

terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas.

Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extracelulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular, con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como encorvada, disminución de la movilidad de los brazos, esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas adultas mayores.

La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento. Se manifiestan algunos cambios cerebrales que no está demostrado que tengan relación con la capacidad intelectual, pero son cambios crónico degenerativos que pueden ocasionar algún tipo de demencia. Existen cambios en los procesos homeostáticos que limitan la respuesta del organismo al estrés, haciéndolo más frágil.

La regulación del volumen líquido se ve alterada por la disminución de la función renal, aproximadamente el 10% por cada década a partir de los 40 años de edad.

De igual manera, se manifiestan algunas alteraciones de los sentidos que pueden llevar a las personas adultas mayores a un terreno de fragilidad, con disminución de la calidad de vida como son: disminución de la visión (catarata), de la audición (sordera), que repercute en su vida familiar y en sus actividades sociales, desequilibrio

que se manifiesta por crisis vertiginosas que pueden ocasionar caídas.

Cabe señalar que aún hay mucho por conocer y que es necesario realizar mayor número de investigaciones para dar respuesta a muchas incógnitas. El enfoque preventivo es esencial para hacer frente a los problemas de las personas adultas mayores a fin de prevenir y retrasar el deterioro funcional.

Se ha dado una visión muy panorámica de cambios estructurales y funcionales del organismo que explican por qué se pierde la funcionalidad, y cómo estos cambios producen un impacto en el estilo de vida de los ancianos y de sus familias.

- **Psicológicas.**

La manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, están involucrados factores sociales, psicológicos, ecológicos y biológicos.

Durante la vejez la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente, esto dependerá tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la familia y la sociedad le brinde. Habrá de considerar los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la sociedad y de quien considera a la vejez como enfermedad, deterioro, discapacidad y déficit.

En general esto es más notorio cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad son

juzgados como parte normal del proceso de envejecimiento. Los aspectos psicológicos del envejecimiento se dan de manera normal o patológica en las funciones mentales superiores, donde la persona debe adaptarse a esta situación, considerando sus procesos de conocimiento, personalidad, vida afectiva y espiritual, y la interacción con el medio social y cultural.

El uso de estereotipos se conoce como "viejismo", el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento; lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta etapa de la vida.

La experiencia adquirida a lo largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los procesos de adaptación, van a determinar en gran parte los aspectos psicosociales del individuo que envejece.

A medida que las personas se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre sino también porque les resulta difícil retener nuevas informaciones. No se puede seguir afirmando que ser adulto mayor es sinónimo de declinación intelectual y cognitiva.

Si se tienen en cuenta las pérdidas afectivas que se producen en la etapa del adulto mayor, no es extraño que la depresión sea el trastorno mental más frecuente. La

presencia de algunas enfermedades disminuye las posibilidades de autonomía funcional incrementando la dependencia y fomentando el aislamiento social, en consecuencia disminuye la calidad de vida. Debemos trabajar para modificar la percepción negativa que las personas adultas mayores y sus familias tienen de los cambios biopsicosociales que se observan en el proceso de envejecer.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o a la pérdida. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte (Hoffman, 1996).

A medida que tratan con estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan distintas teorías:

- **Último estadio de Erikson Integridad del yo Vs Desesperación:** Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas, en el desarrollo a lo largo de la vida, lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedores de nuestro amor, aun cuando no fueron perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Quien ha fallado al tratar de resolver la crisis "teme desesperadamente a la muerte, expresado en el

sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar alternativas hacia la integridad", (Papalia, 1990).

- **Teoría de la actividad:** cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre y la máxima pérdida en los papeles debido a viudez, enfermedad constituyen el punto más bajo según varios autores, existen tres tipos de actividad:
 - a) Informal: Interacción social con familiares, amistades y vecinos.
 - b) Formal: Participación de organizaciones voluntarias.
 - c) Solitaria: Leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.

- **Teoría de la desvinculación:** El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuyen sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficiosos tanto para la persona como para la sociedad (Papalia, 1990; Hoffman, 1996)

2.2.2. Valoración integral

La Organización Mundial de la Salud (OMS), denomina valoración integral al proceso estructurado, diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, en el que se detectan, describen y determinan

los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales que el adulto mayor presenta, investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores, a través de un plan coordinado que permita recuperar o mantener la funcionalidad e independencia del adulto, así como establecer un tratamiento oportuno mediante acciones de promoción, prevención, y rehabilitación. La valoración del estado de salud de los ancianos es uno de los mayores retos de la geriatría clínica, se requiere de una perspectiva distinta de la que se usa en la valoración de individuos más jóvenes.

En la planificación de servicios, programas y acciones es necesario tener en cuenta las opiniones de las personas adultas mayores, ellos son los protagonistas de este período de la vida. Debemos promover el autocuidado y la capacitación para la atención integral informal, cuidadores, familiares, amistades y voluntarios.

Componentes de la valoración Geriátrica integral.

1. Física
2. Psicológica
3. Social
4. Económica
5. Funcional

Los factores físicos, psicológicos y socioeconómicos interactúan de manera compleja para influir en la salud y el estado funcional de la población geriátrica. Es necesario el esfuerzo coordinado de varios profesionales que funcionen como equipo interdisciplinario. La valoración es esencial para determinar el estado general, el bienestar y la necesidad de recurrir a servicios sociales y de salud.

Se denomina valoración geriátrica al proceso estructurado, diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, en el que se detectan, describen y determinan los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambiental que el paciente anciano presenta, investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores. Su objetivo es elaborar un plan terapéutico coordinado que permita recuperar la función y mantener la independencia, mejorar la precisión diagnóstica, la ubicación del paciente, el estado funcional, el estado cognitivo y afectivo, evitar la polifarmacia, reducir el ingreso a hospitales, evitar la institucionalización, reducir el costo médico, prolongar la expectativa de vida para determinar su capacidad de vivir independiente en su medio ambiente, prevenir su discapacidad y fomentar su independencia.

Se elabora su historia clínica basada en la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas adultas mayores (Resolución Ministerial N° 529-2006-MINSA) con un interrogatorio directo e indirecto, utilizando voz clara y fuerte, realizando varias entrevistas de considerarse necesario, determinando poli patología, valorando y evaluando su situación funcional, mental y social aplicando escalas geriátricas para prevenir su discapacidad y fomentar su independencia.

El uso de instrumentos y escalas de valoración permite al personal multidisciplinario identificar alteraciones, medir de forma objetiva la capacidad del usuario y mejorar la sensibilidad diagnóstica, facilita el lenguaje entre los diferentes profesionistas, permite la identificación de situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional de las personas adultas mayores permitiendo planificar

la utilización de los recursos para el mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

La historia clínica que se elabora debe ser integral, completa y sistemática, contener los datos referentes al interrogatorio y a la exploración física.

El objetivo de esta valoración es la identificación de situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional del anciano y planificar la adecuada utilización de los recursos sociales, para el mantenimiento o mejora de su calidad de vida; incorpora el diagnóstico multidimensional, el conocimiento del entorno social (familiar, amistades, institucional).

El uso de instrumentos y escalas de valoración permite al personal multidisciplinario identificar alteraciones, medir de forma objetiva la capacidad del usuario y mejorar la sensibilidad diagnóstica, facilita el lenguaje entre los diferentes profesionistas, permite la identificación de situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional de las personas adultas mayores permitiendo planificar la utilización de los recursos para el mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

Entre las escalas figuran:

- Escala de Katz: Actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Lawton y Brody: Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Tinetti: Evaluación de marcha y equilibrio.
- Test de depresión geriátrico (GDS) corto y largo.
- Escala de Folstein: Valoración del estado mental.
- Escala de Pfeiffer: Evaluación de la función cognitiva.

- Escala de Riesgos de Caídas (Downton).
- Test de valoración socio familiar.

2.2.3. Valoración socio familiar

Se ocupa de la relación que existe entre el paciente y el medio en el que se desenvuelve y está encaminada a detectar situaciones ambientales de fragilidad, permitiendo identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud de los adultos mayores, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación.

a. Situación familiar

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia, se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción, tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

Sánchez, M. (1994). La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas, aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados.

Por otro lado, Barg, L. (2000), considera que es la familia la que puede ofrecer el marco como estructura estable de sostén y

vínculos con otros. El afecto, la permanencia, el refugio, hacia adentro, en el mundo privado, son propios de la familia.

Eroles, C. (2001), La familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación.

Las personas pueden debilitarse social, física y emocionalmente si no reciben o perciben señales de amparo de sus seres significativos que las hagan sentir seguras y valiosas. Los sistemas de apoyo informales son recursos esenciales en la provisión de asistencia afectiva y financiera, ayudas en las tareas del diario vivir, esta dedicación y cooperación emana de sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad. Las relaciones con la familia de procreación (esposa, esposo, hijos) se encuentran entre las más vitales y esenciales. A mayor edad, más vital la relación.

Las relaciones maritales son una prioridad para las personas de mayor edad, seguidas por las relaciones con los hijos/as. La convivencia familiar y el sistema de apoyo de la familia es una de las fuentes de mayor satisfacción y valía para la persona de mayor edad, la familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda para las personas de edad avanzada a pesar de su estructura y funciones cambiantes, brinda a los adultos mayores un auxilio de tipo material, emocional y social durante los

tiempos normales y también en los de crisis. La incapacidad o impedimentos para llevar una vida independiente, hacen imperativo que la familia asuma un rol más activo en la provisión de cuidados y servicios a los ancianos y representa el factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización de personas seriamente incapacitadas o enfermas.

En los últimos años la estructura familiar ha experimentado una serie de cambios socio-demográficos que podrían arriesgar la provisión de ayuda informal familiar a la persona de edad avanzada. Una serie de factores de diversa índole y la multiplicidad de funciones que desempeñan, conllevan a que los familiares que proveen el cuidado deban soportar un grado elevado de tensión.

b. Vivienda

Rojas, M. (2004), La vivienda y la salud no pueden tratarse como si fueran entidades independientes; requieren de puntos de vista multidisciplinares que tengan en cuenta no solo el daño físico esperado, como es la enfermedad, sino también los factores sociales, organizacionales e institucionales relacionados con el desarrollo de las comunidades, y la finalidad de la vivienda es proteger la salud del ser humano contra los riesgos del entorno físico y social.

La Organización Mundial de la Salud (2006), ha tratado el tema de las relaciones de la vivienda y la salud, especialmente en poblaciones vulnerables como: niños, ancianos, enfermos crónicos y discapacitados, refiriéndose en parte a los factores necesarios para protección contra las enfermedades transmisibles, traumatismos, envenenamientos y enfermedades crónicas, indicando también que el espacio vital debe ser

adecuado para poder reducir al mínimo las tensiones psicológicas y sociales, y que deben existir lazos familiares con la comunidad y servicios apropiados de seguridad, emergencias, educación, sanitarios, sociales y culturales.

Barquín, M. (1981), Debe considerarse como uno de los factores más importantes, ya que la vivienda se considera como la morada de la familia; no solo representa para el hombre un refugio, sino que se ha convertido en un lugar donde las personas intercambian afecto con los otros familiares, y disfrutan de la privacidad que les proporciona el hogar.

Al ser considerada la vivienda como el espacio vital en el que se debe habitar digna y decorosamente, y a la vez fundamentarse como un derecho social que refleja la calidad de vida de la población, con base en esta reflexión Isla, M. (2003) desarrolló un concepto de hábitat que refiere en términos generales a “una vivienda que satisface las necesidades de albergue, protección y desarrollo personal del grupo que lo habita, en las condiciones medias de desarrollo social, industrial y tecnológico vigente en una sociedad”.

Generalmente, al construir una vivienda Dennis, A. (2002) explica que ello debe realizarse con el objeto de brindar protección y comodidad; asimismo, Kroc, M. (2005) especificó que la vivienda es uno de los elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida posible. Ambos autores determinan que en muchísimos casos al construir una vivienda lo primero que ven los constructores es el factor económico, antes que la salud, el bienestar psicológico y la capacidad funcional en las actividades cotidianas del habitante.

Conavi (2008), La vivienda es uno de los indicadores básicos del desarrollo humano de estabilidad, seguridad, consolidación

patrimonial, sentido de pertenencia y el entorno necesario para el desarrollo integral de sus capacidades funcionales, de interacción con la pareja y los hijos por lograr el equilibrio y estabilidad material.

Rojas, C. (2005). Definen que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, como son: protección de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los ancianos y discapacitados; procurar el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo y equilibrio de la vida familiar. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial habita en alojamientos que no cumplen con los requisitos básicos.

La OPS/OMS define como “vivienda” a la conjunción de: la casa, como el refugio físico donde reside un individuo; el “hogar”, que es el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo; el “entorno”, el ambiente físico inmediatamente exterior a la casa; y la “comunidad”, como el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes (Peña, 2005).

c. Apoyo de la red social

El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en: familiar (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano; y el apoyo institucional o de tipo formal hace referencia organismos públicos y privados asisten a la población.

Esta red social es de vital importancia. Se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una pared socio familiar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen.

Walker, K., et al. (1977) definieron las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”.

Maguire, L. (1980) se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Redes de apoyo personal:

a) Familiares

- Relación vertical: esposa, esposo, padre, madre, abuela, abuelo, hijo, hija, nietos, nietas, bisnietos, suegra, suegro, etc.
- Relación horizontal: hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados.
- Relación transversal: tíos, tías, sobrinos, sobrinas.

b) No familiares

- Semi familiares: compadrazgo
- Amistades comprometidas: amigos y amigas íntimos
- Otras amistades
- Otras personas

Redes de apoyo comunitarias:

- Organizaciones a nivel comunitario, no públicas, con actividades propias (privadas, organizaciones no gubernamentales (ONG), voluntariado, religiosas, otras).
- Instituciones públicas o adscritas al sector público a nivel comunitario (vinculadas a proyectos y actividades comunitarias).
- Organizaciones e instituciones públicas de gran alcance vinculadas a políticas nacionales. Una agrupación posible de redes de apoyo podría asumir la siguiente forma:
 - Red centrada en la existencia del cónyuge.
 - Redes basadas en lazos familiares (hijos, nietos, hermanos y otros).
 - Redes de amigos, colegas, vecinos.
 - Redes basadas en la participación/integración en organizaciones comunitarias:

d. Situación económica

Las prestaciones económicas permiten proteger el ingreso ante riesgos (enfermedad, discapacidad y accidentes incluyendo los de trabajo). Las discapacidades motrices, auditivas, del lenguaje, visuales, mentales consecuencia del proceso de desgaste biológico, o enfermedades, o derivadas de accidentes y riesgo de trabajo, conllevan un gasto más elevado no sólo por la frecuencia en las que se deben practicar exámenes de laboratorio y diagnósticos, sino por los medios de apoyos a personas discapacitadas (prótesis parciales o fijas, aparatos ortopédicos, de oído, etcétera).

La enfermedad y la discapacidad desencadenan un aislamiento social en quienes las padecen, debido a que sin el uso de

medios de apoyo ya mencionados y sin una infraestructura apropiada en la localidad principalmente en las marginadas y en el propio hogar, los adultos mayores irremediablemente se condenan a permanecer ajenos al acontecer cotidiano.

Sánchez, M. (1994), refiere que es evidentemente sustancial contar con una pensión que les permita resolver su subsistencia.

Si durante la juventud y madurez su empleador no le inscribió en el sistema de seguridad social y no dispone de la de ser registrado como familiar directo de un asegurado, la exclusión en la recepción del ingreso por pensión le coloca en situación de pobreza o pobreza extrema.

e. Relaciones sociales

Parsons, T. (1999). El concepto de rol social ha sido definido de diferentes maneras. En este estudio se considera la opción de la integración de los conceptos de rol social y rol conductual. "Rol social es un conjunto de expectativas que las personas tienen acerca de la conducta de una persona, quien toma o adopta una posición determinada".

(O.P.S. /O.M.S., 1985). Se puede precisar que el papel que una persona desempeña en la sociedad está influido por las nociones propias y expectativas acerca de cómo debe comportarse; las nociones y expectativas de otros relevantes, la norma del grupo o de la población; las sanciones positivas o negativas que imponen otras personas (y posiblemente el mismo individuo), cuando el rol de conducta relevante se encuentra en discusión. El desempeño de un rol social determinado adquiere gran relevancia, por cuanto es el mecanismo que permite la

integración de una persona al sistema social en el cual se inserta.

Peláez, M. (2000); Domínguez, O. (1982). El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso.

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.

2.2.4. Valoración funcional

La valoración de la función adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los pacientes de mayor edad; su deterioro puede ser indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias, el impacto sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación.

En las personas que acuden al Centro de Salud, se puede utilizar como primer paso el inventario de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); esto puede hacerse fácilmente con la escala de Lawton.

Si por el grado de discapacidad del individuo se advierte un deterioro de las capacidades instrumentales, conviene investigar el nivel de actividades básicas de la vida diaria, para ello es útil el Índice de Katz; en tal sentido, la valoración funcional es fundamental en estos pacientes, teniendo en cuenta los factores que influyen en la funcionalidad:

- Capacidad física
- Tratamiento médico
- Ambiente físico, social y psicológico

Con el paso de los años existe cierta tendencia hacia el deterioro funcional. Los antecedentes sociales en geriatría son un componente crítico que con frecuencia se subestima en las evaluaciones médicas. El objetivo de esta valoración es la identificación de situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional del anciano y planificar la adecuada utilización de los recursos sociales, para el mantenimiento o mejora de su calidad de vida; incorpora el diagnóstico multidimensional, el conocimiento del entorno social (familiar, amistades, institucional).

2.2.5. Valoración psicológica

Martínez, L. (2005) refiere que en el área de la valoración psicológica son dos los aspectos que es necesario contemplar: la función cognitiva y el estado emocional.

a) Función Cognitiva:

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la atención, la comunicación, la orientación, la comprensión, y la

resolución de problemas. Un gran número de procesos frecuentes en el adulto mayor (infecciones, procesos degenerativos y neoplásicos, enfermedades sistémicas, tratamientos farmacológicos, etc.), pueden provocar un deterioro cognitivo, ocasionando una situación de incapacidad que va a determinar la necesidad de supervisión por parte de sus cuidadores primarios. Las alteraciones cognitivas muy frecuentes son atribuidas de forma errónea al proceso de envejecimiento; otras veces, es el propio adulto mayor con un deterioro cognitivo leve o moderado el que ofrece una imagen lucida e intacta desde el punto de vista intelectual y su deterioro pasa desapercibido para la familia e incluso para el personal de salud.

Los objetivos de la valoración cognitiva son detectar la presencia de un deterioro cognitivo que pueda afectar a la autonomía del adulto mayor y establecer estrategias de cuidados lo más precozmente posible.

Existe una gran variedad de instrumentos para la valoración de la función cognitiva que facilitan una evaluación más completa y sistemática de las características del adulto mayor. Las escalas de uso más extendido son: Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental de Pfeiffer y el Mini – Mental State Examination de Folstein.

b) Función Emocional:

La frecuencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto en el que nos encontremos, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. El objetivo de la valoración de la función emocional es detectar y objetivar posibles trastornos en esta área que afecten o puedan afectar a

la autonomía del adulto mayor, permitiendo así establecer una adecuada estrategia terapéutica. La valoración de la esfera afectiva en el adulto mayor debería incluir el estudio de diferentes rasgos emocionales, tanto positivos (simpatía, felicidad), como negativos (depresión, ansiedad, hostilidad), aunque por lo general queda restringida al estudio de la depresión y de la ansiedad, dada su frecuencia y relevancia en el adulto mayor. La escala más utilizada en la valoración de la función afectiva es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS:

Adulto mayor: Persona mayor de 60 años.

Valoración funcional: Evaluación de las capacidades físicas del adulto mayor, para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, para la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Valoración integral: Proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor.

Valoración psicológica: Evalúa el estado cognitivo y situación emocional del adulto mayor.

Valoración socio familiar: Evalúa la relación entre el adulto mayor y su entorno o estructura social que lo rodea.

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

2.4.1. VARIABLE:

Valoración socio familiar: la relación entre el adulto mayor y su entorno social.

2.4.2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Valoración Socio Familiar	Situación Familiar	Vive con familia, sin conflicto familiar	1
		Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o psíquica.	2
		Vive con conyugue de similar edad.	3
		Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4
		Vive solo y carece de hijos o vive lejos (interior del país o extranjero)	5
	Situación económica	Dos veces el salario mínimo vital.	1
		Menos de 2, pero más del salario mínimo vital.	2
		Un salario mínimo vital.	3
		Ingreso irregular (menos del mínimo vital.	4
		Sin pensión, sin otros ingresos.	5
	Vivienda	Adecuada a las necesidades.	1
		Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2
		Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (Baño incompleto).	3
		Vivienda. Semi construida o de material rústico.	4
		Asentamiento humano, invasión o sin vivienda.	5
	Relaciones Sociales	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.	1
		Relación social solo con familia y vecinos.	2
		Relación social solo con la familia.	3
		No sale del domicilio pero recibe visitas de familias.	4
No sale del domicilio y no recibe visitas.		5	

	Apoyo de la red social (Municipio, Clubes, ONG, Seguro Social, Vivienda)	No necesita apoyo	1
		Requiere apoyo familiar o vecinal.	2
		Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.	3
		No cuenta con seguro social.	4
		Situación de abandono familiar.	5

Valoración socio familiar

Buena/aceptable situación social (5-9 puntos)	
Existe riesgo social (10 a 14 puntos)	
Existe problema social (mayor de 15 puntos)	

CAPITULO III

METODOLOGÍA:

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde a un diseño de tipo descriptivo, de corte transversal, porque se limitó a describir y analizar la situación socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz Y Paz – Manantay, y de corte trasversal, porque la recolección de datos se realizó en una sola ocasión.

M —————> **O**

Dónde:

- **M**: población de adultos mayores.
- **O**: mediciones y observaciones de la variable en estudio.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población en estudio estuvo conformada por 120 adultos mayores, inscritos en el 2014 en la Nómina de Asociados de la Casa del Adulto Mayor del Asentamiento Humano Luz y Paz - Manantay, ubicado en la provincia de Coronel Portillo.

Muestra:

Estuvo constituida por 80 adultos mayores, una muestra representativa de 67% de la población inscritos en la nomina de asociados de la Casa del Adulto Mayor del Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

Criterios de inclusión:

- Adultos de mayores de 60 años.
- Adultos mayores: lúcidos, orientados.
- Adultos mayores pertenecientes a la jurisdicción del Asentamiento Humano Luz y Paz.

Criterios de exclusión:

- Adultos menores de 60 años.
- Adultos mayores no lúcidos, desorientados.
- Adultos mayores que no pertenecen a la jurisdicción del Asentamiento Humano Luz y Paz.

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la entrevista y el instrumento de medición fue el cuestionario.

Para medir la variable socio familiar se utilizó la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, formato validado por el MINSA, dando a conocer que solo se utilizará en nuestro cuestionario los capítulos I, II (2.2) y III de dicho formato, que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes del 1 a 5 por cada ítem, y clasifica a los adultos mayores en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos).

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de la recolección de datos se realizó las coordinaciones con el presidente de la Casa del Adulto Mayor del Asentamiento Humano “Luz y Paz”, la aplicación del instrumento se realizó en la primera semana del mes de julio; de lunes a sábado en doble horario; durante la mañana de 8:00 a 11am, en la Casa del Adulto Mayor del mencionado Asentamiento Humano con una duración de 20 minutos por cada persona; y por la tarde se llevó a cabo en sus domicilios a fin de observar las condiciones de la vivienda, esta tuvo una duración de 10 minutos por persona; toda la información fue proporcionada por el adulto mayor.

3.5. ANALISIS DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La información fue procesada en el Programa Estadístico SPSS versión 18, las sumatorias, porcentajes y los resultados presentados en las tablas se obtuvieron utilizando el método de estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje). Para la interpretación de los datos se utilizó el marco teórico y los antecedentes.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1. Situación familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

SITUACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	%
- Vive con familia, sin conflicto familiar	42	52.50
- Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o psíquica.	10	12.50
- Vive con conyugue de similar edad.	10	12.50
- Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	1	1.25
- Vive solo y carece de hijos o vive lejos (interior del país o extranjero)	17	21.25
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 1 se observa que de 80(100%) adultos mayores entrevistados, 42(52.5%) manifiestan vivir con familia, sin conflicto familiar; 10(12.5%) viven con familia, y presentan algún grado de dependencia física (sordera, catarata, amputación de miembros superiores e inferiores, enfermedades mentales como el Alzheimer, demencia senil, etc.); 17(21.25%) adultos mayores viven solos y carecen de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero); mientras que 1(1.25%) vive solo y tiene hijos con vivienda próxima. Estos resultados nos

permiten concluir que la situación familiar de los adultos mayores es favorable, y en porcentaje considerable de 17(21.5%) adultos mayores viven solos y carecen de familiares cercanos, situación preocupante, por lo que el adulto mayor queda desprotegido. Asimismo los adultos mayores que padecen de algún grado de dependencia física o psíquica no están solos, cuentan con el apoyo de la familia, recibiendo las atenciones que requieran según sus necesidades.

Merchán, V., en su investigación realizada encontró que la situación socio familiar más frecuente es que la persona vive con su pareja en 38,3% o con sus hijos.

A su vez Villarreal G., encontró que la situación familiar más frecuente consiste en que los adultos mayores de 65 años viven con familiares y sin conflicto, en un 32,4%, y viven con el cónyuge de similar edad el 25 %; sin embargo, el 8% se encuentra en situación de abandono familiar.

Asimismo para Sánchez M, et al., la familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados.

Tabla 2. Situación económica del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

SITUACIÓN ECONÓMICA	FRECUENCIA	%
- Dos veces el salario mínimo vital	2	2.50
- Menos de dos, pero más de un salario mínimo vital	11	13.75
- Un salario mínimo vital	20	25.00
- Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	40	50.00
- Sin pensión sin otros ingresos	7	8.75
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 2 se puede observar que de 80(100%) adultos mayores entrevistados; 40(50%) tienen un ingreso irregular (menos del mínimo vital); 20(25%) cuenta con un salario mínimo vital; 11(13.75%) reciben menos de dos, pero más de un salario mínimo vital y 7(8.75%) están sin pensión, sin otros ingresos.

Con respecto a los resultados obtenidos se puede percibir que la mitad de los adultos mayores cuentan con un ingreso irregular (menos del mínimo vital), donde muchos refieren contar con la pensión 65, Programa de Apoyo del Estado Peruano, donde brindan al adulto mayor la suma de 125.00 soles por mes, otros refieren dedicarse a la venta ambulatoria, o algún negocio propio (venta de golosinas, refrescos, reciclan botellas descartables, papeles, plásticos, etc.). Y que dicha cantidad no alcanza para cubrir sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, etc.

Villarreal, G., encontraron en el aspecto económico que 47.7% no recibe pensión ni otros ingresos y el 37% obtiene un ingreso ocasional” Estos resultados nos muestran que las condiciones socioeconómicas convierten al adulto mayor en vulnerable y dependiente de su red social, en especial al grupo de las mujeres.

A su vez Ruiz L., Campos M., Peña N. encontraron que el 38,5% no recibe pensión ni otros ingresos.

Finalmente Sánchez, M. refiere que es evidentemente sustancial contar con una pensión que les permita resolver su subsistencia. Si durante la juventud y madurez su empleador no le inscribió en el sistema de seguridad social y no dispone de ser registrado como familiar directo de un asegurado, la exclusión en la recepción del ingreso por pensión le coloca en situación de pobreza o pobreza extrema.

Tabla 3. Condiciones de la vivienda del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

VIVIENDA	FRECUENCIA	%
- Adecuada a las necesidades	2	2.50
- Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	11	13.75
- Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (Baño incompleto)	20	25.00
- Vivienda. Semi construida o de material rústico	40	50.00
- Asentamiento humano, invasión o sin vivienda.	7	8.75
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 3 se observa que de los 80(100%) adultos mayores entrevistados 40(50%) cuenta con una vivienda semi construida o de material rústico; 20 (25%) adultos mayores tienen una vivienda en mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (Baño incompleto); mientras que 11(13.75%) cuenta con una vivienda con barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas), 7(8.75%) no cuenta con vivienda propia solo 2(2.5%) cuenta con una vivienda adecuada a las necesidades, cifra poco representativa.

Siendo la vivienda un lugar de refugio para el adulto mayor es preocupante que el (50%) cuente con una vivienda semi construida o de material rústico, donde la pared son de plásticos, esteras, asimismo no cuentan con puertas, o muchas de ellas no tienen un buen soporte (vigas), lo cual pone en riesgo la seguridad no solo del adulto mayor, sino de toda la familia.

Merchán, V., en su investigación "Capacidad funcional y problemas socio asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres" obtuvo que 43,0 % tienen una vivienda con barreras arquitectónicas.

Villarreal G., Month E. tuvo como resultados que el 32,4%, viven en viviendas inadecuadas, 17.8% con equipamiento inadecuado y el 17.1% de las viviendas tienen barreras arquitectónicas, tales como viviendas construidas en topografía irregular, obstáculos por desnivel en el interior de la vivienda, escalones, pasillos y puertas estrechas.

A su vez Dennis, A. explica que al construir una vivienda, debe realizarse con el objeto de brindar protección y comodidad; asimismo, Kroc (2005) especificó que la vivienda es uno de los elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida posible. Ambos autores determinan que en muchísimos casos al construir una vivienda lo primero que ven los constructores es el factor económico, antes que la salud, el bienestar psicológico y la capacidad funcional en las actividades cotidianas del habitante.

Tabla 4. Relaciones sociales del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

RELACIONES SOCIALES	FRECUENCIA	%
- Mantiene relaciones sociales en la comunidad.	41	51.25
- Relación social solo con familia y vecinos	26	32.50
- Relación social solo con la familia	7	8.75
- No sale del domicilio pero recibe visitas de familias	2	2.50
- No sale del domicilio y no recibe visitas	4	5.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 4 se puede observar que de 80(100%) adultos mayores entrevistados, 41(51.25%) mantienen relaciones sociales con la comunidad; 26(32.5%) se relacionan solo con la familia y vecinos; 7(8.75%) tienen una relación solo con la familia; 4(5%) no salen del domicilio y no reciben visitas; 2(2.5%) no salen de su domicilio pero reciben visitas de sus familiares.

Según los datos adquiridos evidencia que el adulto mayor mantiene favorables relaciones en la comunidad, donde muchos de ellos manifestaron tener una participación activa en las diferentes actividades que realiza su Asentamiento Humano, sintiéndose útiles, evitando así el aislamiento, como también enfermedades psíquicas como la depresión y/o ansiedad.

Merchán, V., en su investigación obtuvo como resultado que el 61,0 %, tienen una buena relación con el entorno social.

Por otro lado la (O.P.S. /O.M.S., 1985), reitera que se puede precisar que el papel que una persona desempeña en sociedad está influido por las nociones propias y expectativas acerca de cómo debe comportarse; las nociones y expectativas de otros

relevantes, la norma del grupo o de la población; las sanciones positivas o negativas que imponen otras personas (y posiblemente el mismo individuo), cuando el rol de conducta relevante se encuentra en discusión. El desempeño de un rol social determinado adquiere gran relevancia, por cuanto es el mecanismo que permite la integración de una persona al sistema social en el cual se inserta.

Tabla 5. Apoyo de la red social al adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

APOYO DE LA RED SOCIAL	FRECUENCIA	%
- No necesita apoyo	1	1.25
- Requiere apoyo familiar o vecinal	2	2.50
- Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social	31	38.75
- No cuenta con seguro social	46	57.50
- Situación de abandono familiar	0	0.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 5. Se observa que de 80(100%) adultos mayores entrevistados, 46(57.5%) no cuentan con seguro social; 31(38.75%) manifiestan tener seguro, pero requieren de mayor apoyo de este o voluntariado social, 2 (2.5%) requieren apoyo familiar o vecinal; 1 (1.25%) manifiesta no necesitar y ninguno se encuentra en situación de abandono familiar.

Al no contar con seguro social (57.5%), se vuelven más vulnerables, sin recursos, sin apoyo, empeora su situación de salud y de esta forma se eleva la tasa de morbimortalidad en este grupo etario.

Cabe mencionar que el seguro integral de salud no solo cubre gastos de enfermedad, sino también para prevenir, es por ello la importancia de la afiliación al seguro integral de salud de forma oportuna.

Muchos de los adultos mayores manifiestan tener seguro, sin embargo requieren mayor apoyo, debido a que padecen de problemas de salud bucal, oftalmológica, etc. y no cuentan con los medios necesarios para cubrir esas necesidades. Si bien es cierto se llevan a cabo campañas de salud en su jurisdicción, en la cual ellos participan, donde les brindan atención de extracción dental, mas no curación, ni

donaciones de prótesis dentales, como también medición de la vista, pero al encontrar patología alguna no son derivados para la atención respectiva como el caso de catarata, glaucoma, entre otros.

Las diversas organizaciones que se hacen presente para brindarles apoyo son Rotary club, como también la Municipalidad Distrital de Manantay con el Programa a Trabajar Vecino, así como también el denominado Programa Pensión 65 que brinda el Estado actual, entidades como la Universidad Nacional de Ucayali, también son partícipes en las diferentes campañas de salud que brindan atención a este grupo etario.

Villarreal G, Month E., encontró que 44% tiene afiliación, pero necesita mayor apoyo social institucional, 17% requiere de apoyo institucional, aunque tiene seguridad social, y 21.8 % no cuenta con seguridad social.

Por otra parte Walker, K. y otros definieron las redes sociales como la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información.

A su vez Maguire, L. refiere a las redes como "fuerzas preventivas" que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Tabla 6. Valoración socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	FRECUENCIA	%
- Buena/aceptable situación social	1	1.25
- Existe riesgo social	28	35.00
- Existe problema social	51	63.75
TOTAL	80	100.0

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.

En la tabla 6 se observa que de 80(100%) adultos mayores entrevistados, en 51(63.75%) existe un problema social, en 28(35%) existe un riesgo social y solo 1(1.25%) en condiciones de buena/ aceptable situación social.

Estos datos son preocupantes al existir problema social en más de la mitad de la población de adultos mayores 63.75% entrevistados se produce un quiebre en los puntos antes nombrados (familia, economía, relaciones sociales, vivienda, red de apoyos etc.), la tercera edad se repliega o es desplazada a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social provocando en el sujeto (tercera edad) una serie de repercusiones tales como abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de ánimo (depresión, desequilibrio emocional, rechazo). Asimismo teniendo en cuenta el aspecto de vivienda, economía, el adulto mayor no cuenta con la seguridad plena y al no favorecer su calidad de vida, los coloca en una situación crítica de pobreza y pobreza extrema haciendo de esta etapa de la vida la más dura y triste.

En investigaciones encontradas como el de Yábar, C., et al., de acuerdo a la Escala de Gijón, en el 77.0% existía riesgo o problema social, donde concluyen: Existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado.

Al igual que Ruiz L., et al., en su investigación encontró que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo socio familiar, por lo que es necesario

establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultos mayores.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

1. El mayor porcentaje de adultos mayores viven con familia, sin conflicto familiar, situación que favorece la estabilidad emocional del adulto mayor.
2. Los adultos mayores en su mayoría reciben un ingreso irregular (menos del mínimo vital), suma que no permite cubrir las necesidades básicas, condición que les coloca en una situación de pobreza o pobreza extrema.
3. La gran mayoría de adultos mayores cuentan con viviendas semi construida o de material rústico y/o de mala conservación, poniendo en riesgo la protección y comodidad, afectando la calidad de vida de este grupo poblacional.
4. Los adultos mayores mantienen relaciones sociales en la comunidad, condición que favorece las relaciones interpersonales con personas de su propio grupo etario.

5. Las redes de apoyo que cuenta el adulto mayor en esta jurisdicción son: Programa Trabaja Perú, Programa de Apoyo Alimentario Municipal (PAM), Club del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Manantay, el Programa Nacional de Asistencia Solidaria PENSION 65, y Entidades Públicas y Privadas como la Universidad Nacional de Ucayali, Rotary Club.
6. Existe riesgo y problema social en el ambiente socio familiar del adulto mayor, situación que lo convierte en vulnerable y dependiente de su red social.
7. El aislamiento social, la pérdida de roles son factores de elevado riesgo que afectan al adulto mayor, mientras que el apoyo social, emocional y material tienen efectos favorables en la perspectiva de vida del adulto mayor, permitiendo mejorar su autoestima y la capacidad de interactuar con el medio.

5.2. RECOMENDACIONES:

1. A los familiares fortalecer los vínculos afectivos con las personas adultos mayores, prestando mayor atención a sus necesidades y brindándoles mayor afecto, considerando que la familia es la organización más importante que tiene que ver con el sostén material y afectivo.
2. A las autoridades competentes hacer una revisión de la Ley y sus Reglamentos que se utilizan para la selección de los beneficiarios del Programa de Solidaridad Pensión 65, a fin de ampliar la cobertura a los adultos mayores que más lo necesitan, y ayudaría a cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, etc.
3. A las autoridades, regionales y locales incluir en los estudios de factibilidad, los proyectos de viviendas considerando normas y reglamentos que faciliten el acceso a dichas construcciones (ascensores, barandas, pasa mano, etc.), al adulto mayor a fin de minimizar riesgos.
4. A los adultos mayores integrarse a las organizaciones comunales a fin de fortalecer las relaciones sociales con personas de su misma edad, y a los familiares incluirlos en las actividades que se programan tanto en su grupo familiar o comunal.
5. A los responsables de los Establecimientos de salud, facilitar la inscripción al Seguro Integral de Salud, realizando campañas de inscripción en los diversos Asentamientos Humanos, de esta manera el adulto mayor podrá contar con la atención de salud que requiera, en el momento oportuno, asimismo gerenciar otras formas de apoyo al adulto mayor que permitan su integración en las mismas.

6. A las autoridades del Primer Nivel de Atención que de cumplimiento al Programa de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad con el paquete de Atención al Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barg, Liliana (2004). La intervención con familia. Espacio. Bs. As.
2. Barquín, M. (1981). Medicina social. México: Editorial Francisco Méndez Oteo, pp. 56-61.
3. Bosch, M. J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña, Architecture, City an Environment, vol. 1, núm. 1, pp. 80-101.
4. Conavi (2008). Programa Nacional de Vivienda 2007-2012: Hacia un desarrollo habitacional sustentable, Comisión Nacional de Vivienda. www.conavi.gob.mx.
5. Darton-Hill, I. (1997). El envejecimiento con salud y calidad de vida. Salud para todos. Mensuarió de salud y acción social. Año 5, Nº 47. Bs. As, Argentina.
6. Dennis, A. V., y Brown, P. D. (2002). "Vulnerabilidad socio demográfica en el Caribe: Examen de los factores sociales y demográficos que impiden un desarrollo equitativo con participación ciudadana en los albores del siglo XXI". Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/División de Población de la CEPAL/ONU.
7. Domínguez, Oscar. (1982). Criterios de trabajo en el Programa del adulto mayor, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Programa del Adulto Mayor.
8. Eléspuro Najjar Teresa de Jesús, Pastor Segura Jaime Alberto, Delgado Soria Rosa Del Carmen, Panduro Salas Gaby Luz, Santos Villegas Yolanda Gladys, Falcón, Riva Aguerro Rolinda, et. al. (2012-2014). "Implementación de un programa de atención integral PROATIN para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor AA.HH 7 de junio". Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa.
9. Eroles, Carlos (2001). Familia y trabajo social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Espacio. Bs. As.
10. Guerrini Eugenia María, (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social Edición Nº 57 - marzo Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuan y Verónica

Montes De Oca: "Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. (Santiago de Chile 2002).

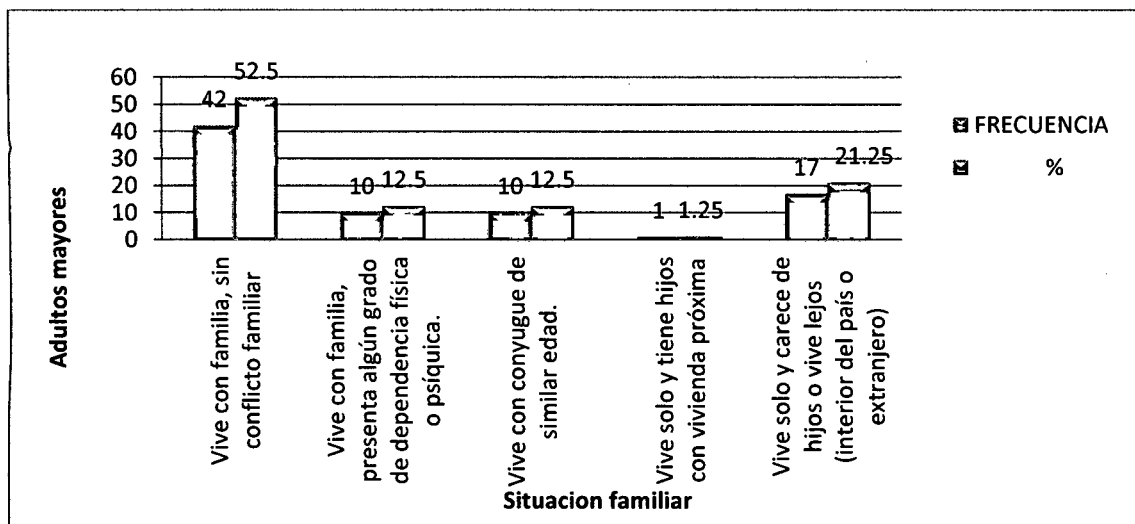
11. Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). Psicología del desarrollo hoy. Madrid. Ed. Mc. Graw-Hill.
12. Isla, B. M. V., De Gatica, A., y López, C. (2003). "La cuestión habitacional en la ciudad de Buenos Aires y las características de la pobreza estructural", Informe de situación social de la ciudad de Buenos Aires, S.Ed. núm. 2. Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
Extraído de: [http/ www.Centrourbal.com/spa.pdf](http://www.Centrourbal.com/spa.pdf). Fecha: 11/07/14.
13. INAPAM, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (2010). Por una cultura del envejecimiento, México.
14. Kroc, E. M. (2005). Vivienda saludable: enlace entre la investigación y las políticas públicas. Ed. OPS/OMS. Caracas, Venezuela.
15. Labiano, M. (2002). Introducción a la Psicología de la Salud, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
16. Maguire, Lambert (1980). "The interface of social porqueros with personal networks", Social Work with Groups, vol. 3, Nueva York, The Haworth Press.
17. Márquez, M.T. (2007). "Evaluación de la calidad de vida en ancianos a partir de la escala MGH". La Habana: Centro Iberoamericano de la tercera edad.
18. Martínez Martín Luisa M. (2005). "Valoración integral del paciente geriátrico actualizado".
19. Merchan, V. (2011). "Capacidad funcional y problemas socio asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres" España.
20. Ministerio de Salud, (2006). Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima-Perú: DGSP/MINSA. NTS N° 043 -MINSA/DGSP-V01-2006.
21. Noberg Schulz, C. (2001). Intenciones en la arquitectura (traductores: Jorge Sainz Ávila, F. González y V. Fernando). Barcelona.
22. Núñez, M. B., y Álvarez, C. D. (2009). "El desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales", Estudios Jaliscienses, núm. 75, pp. 21-31.

23. OPS/OMS (1985). Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica N° 492. Washington D.C. U.S.A. Funcionamiento Social del Adulto Mayor.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1984). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Registros Oficiales de la OMS, núm. 2, p. 100).
25. Orosa, F. Teresa (2001). "La Tercera Edad y la Familia: Una Mirada Desde el Adulto Mayor". La Habana. Ed. Félix Varela.
26. Papalia, D. (1990). Desarrollo Humano. México. Ed. Mc. Graw-Hill.
27. Parsons, Talcott (1999). El Sistema Social. Versión de José Jiménez Blanco y José Cazorla Pérez. Madrid: Alianza. Valoración Geriátrica Integral I, II y III. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. p. 22.
28. Peláez, M. (2000). Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Familiar. Washington D.C.
29. Penny Montenegro, Eduardo. Felipe Melgar Cuellar (2012). "Geriatría y gerontología para el médico internista", Bolivia.
30. Peña, M. (2005). "Vivienda Saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe". Representante de la OPS/OMS en el Perú. Extraído de: <http://new.paho.org/per>. Fecha: 18/07/14.
31. Rojas, M. C. (2004) "La vulnerabilidad y el riesgo de la vivienda para la salud humana desde una perspectiva holística. Una revisión necesaria para la gestión de la vivienda-salud", Cuaderno Urbano, Espacio, Cultura, Sociedad, núm. 4, pp. 145-174.
32. Rojas, M. C., Ciuffolini, M. B., y Meichtry, N. (2005) "La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar", Archivos en Medicina familiar, vol. 7, núm. 1, pp. 27-30.

33. Ruiz Dioses, Lourdes, Marisela Campos León, Nelly Peña (2006). "Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención", Callao.
34. Sánchez Ayendez, Melba (1994), "El apoyo social informal. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa", Publicación científica, N° 546, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
35. Varela Pinedo LF, Chávez Jimeno H, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra PJ, Chigne Verástegui O. (2008). "Valoración Geriátrica Integral en Adultos Mayores Hospitalizados a Nivel Nacional". Diagnóstico, Perú.
36. Varela L, Chávez H. (Lima, 2009). "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia".
37. Villarreal G, Month E. (Colombia, 2011). "Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo".
38. Walker, Kenneth, Arlene MacBride y Mary Vachon (1977), "Social support networks and the crisis of bereavement", Social Science and Medecine, vol. 11, N° 1, Enero.
39. Yábar Palacios, Cecilia; Ramos, Willy; Rodríguez Casamayor, Luis; Díaz Santisteban, Víctor. (Chimbote - Octubre 2006-abril 2007). "Prevalencia, características clínicas, socio familiares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital".
40. Zavala Mercedes G, Daisy Vidal G, Manuel Castro S, Pilar Quiroga y Gonzalo klassen. (Chile- Concepción 2009). "funcionamiento social del adulto mayor".

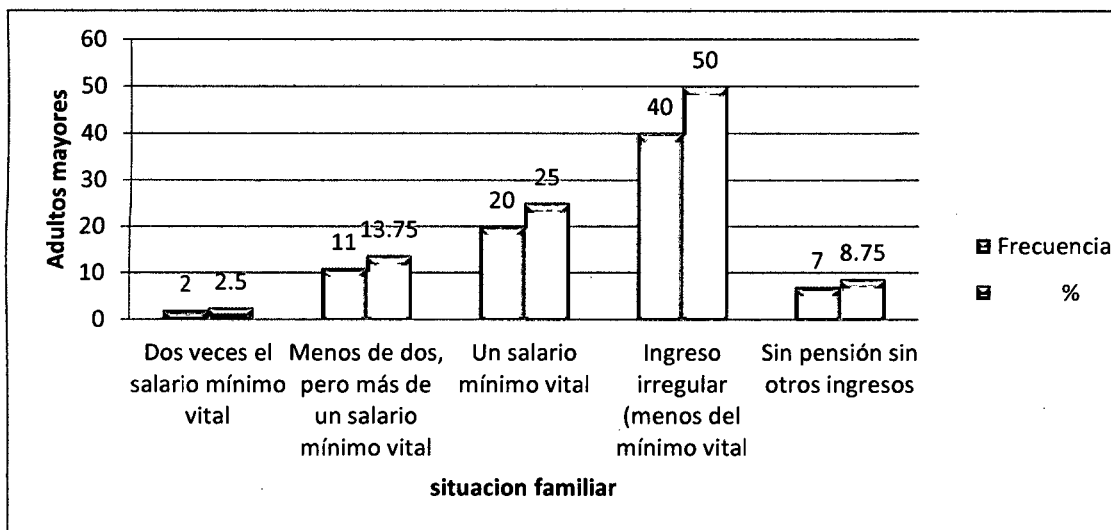
ANEXO

Gráfico 1. Situación familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.



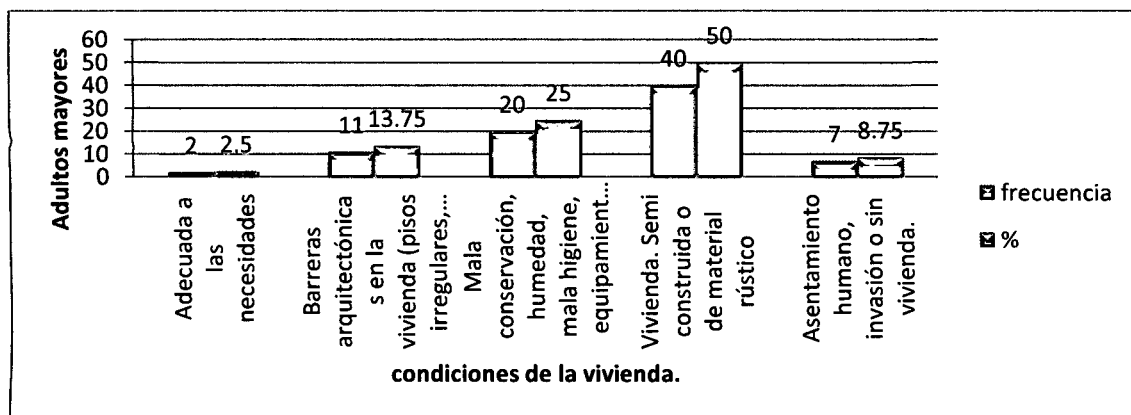
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Situación económica del adulto mayor en Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.



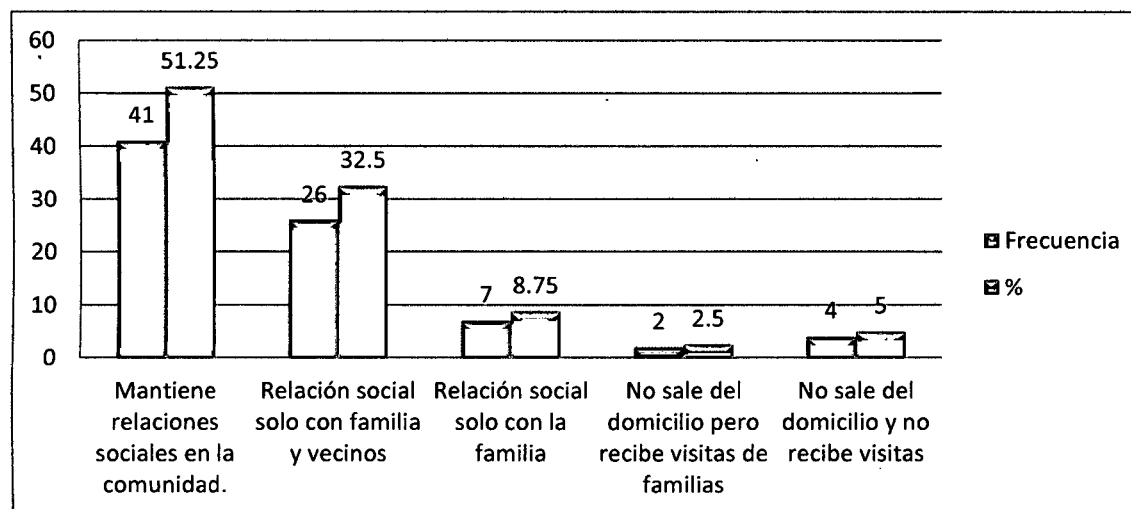
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3. Condiciones de la vivienda del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.



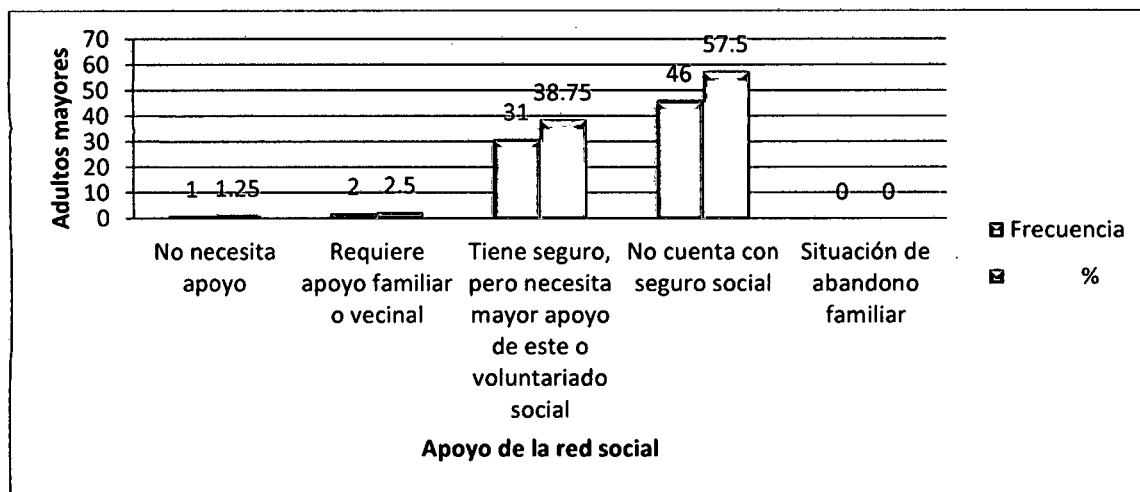
Fuente: Tabla 3

Gráfico 4. Relaciones sociales del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.



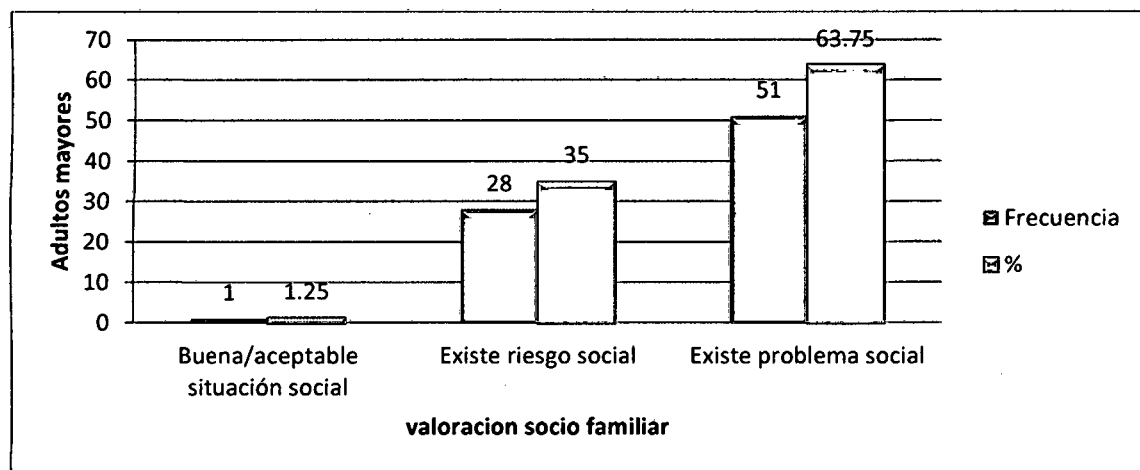
Fuente: Tabla 4.

Gráfico 5. Apoyo de la red social al adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.

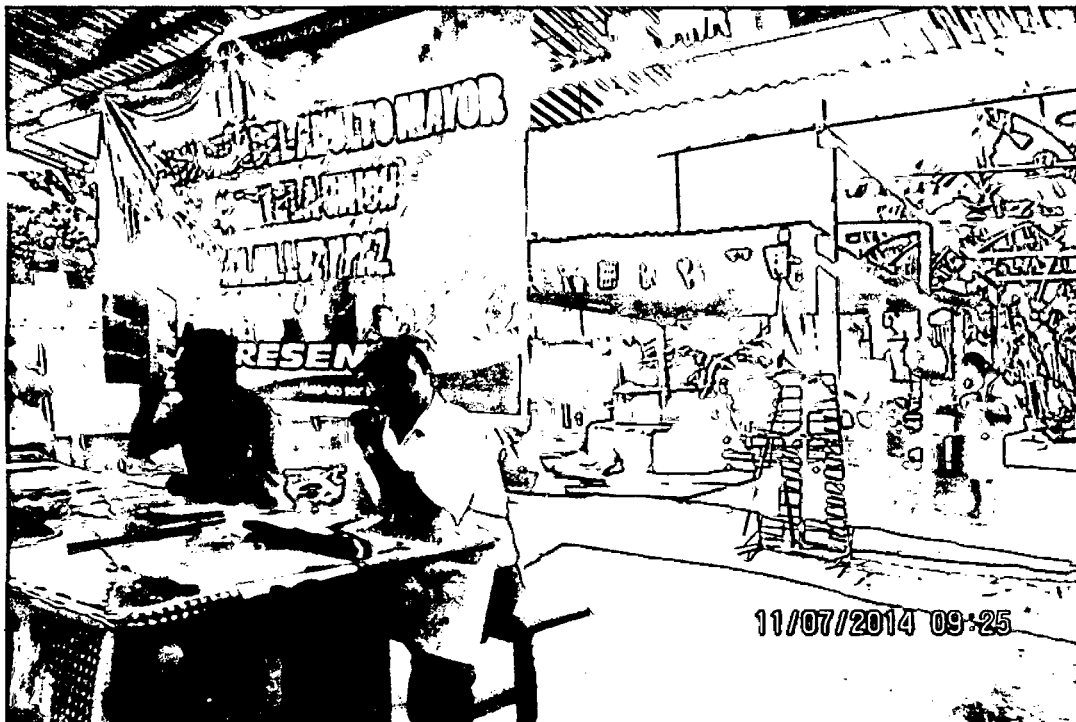


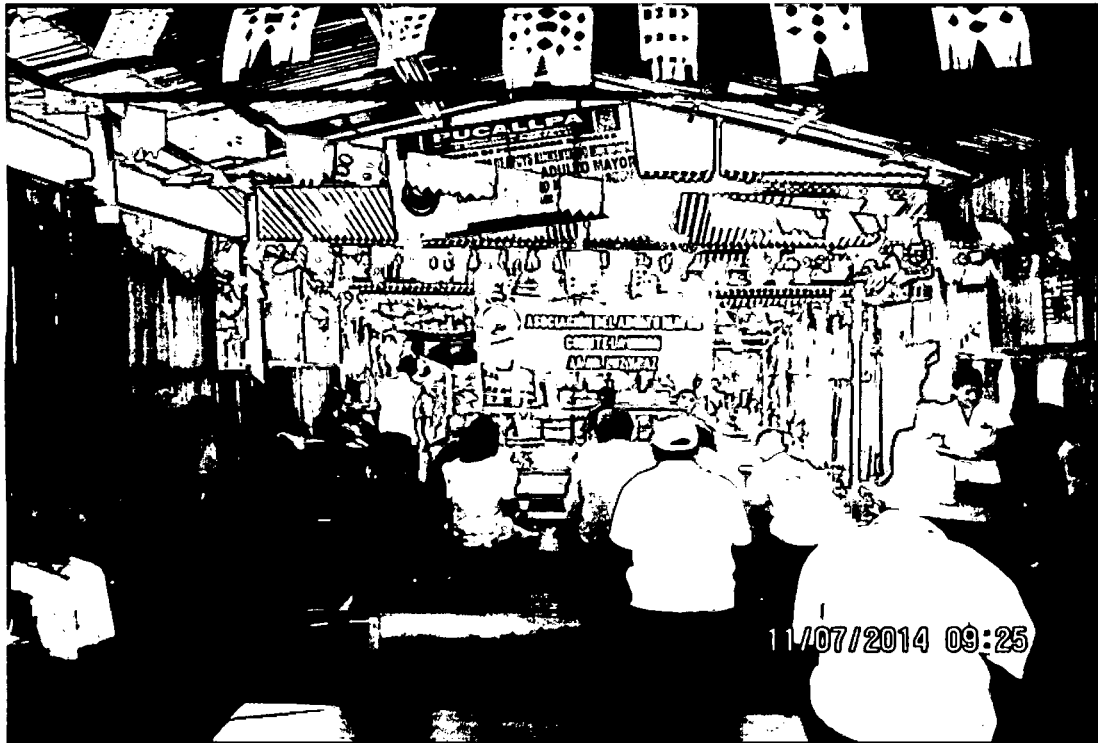
Fuente: Tabla 5

Gráfico 6. Valoración socio familiar del adulto mayor en el Asentamiento Humano Luz y Paz – Manantay 2014.



Fuente: Tabla 6













**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



INSTRUMENTO DE VALORACION SOCIO FAMILIAR

Presentación: El presente cuestionario tiene por finalidad obtener información sobre el aspecto socio familiar del adulto mayor en el AA.HH "Luz y Paz – Manantay 2014". Para verificar la situación real del adulto con su entorno (familia, redes sociales, situación económica, vivienda).

Escuche con atención y responde con la opción que más te represente. El entrevistador indicará tus respuestas marcando con un aspa la respuesta de tu elección. La información facilitada mediante la presente encuesta constituye parte de un trabajo investigativo, y será guardada en total confidencialidad.

DATOS GENERALES.	
Apellidos Nombres.....	Edad..... Sexo M () F ()
Fecha de nacimiento... ..	Lugar de nacimiento.....
Ocupación.....	Grado de instrucción.....
Dirección actual.....	

Marque con una x

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES			ANTECEDENTES FAMILIARES		
Dislipidemia	SI	NO	Hipertensión arterial	SI	NO
Osteoporosis	SI	NO	Diabetes	SI	NO
ACV	SI	NO	Infarto al miocardio	SI	NO
Enfermedad cardiovascular	SI	NO	ACV	SI	NO
Cáncer	SI	NO	Demencia	SI	NO
Cáncer cérvix/mama	SI	NO	Maltrato familiar	SI	NO
Cáncer de próstata	SI	NO	Depresión	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Otros:.....		
Asma bronquial	SI	NO			

Hepatitis	SI	NO			
Accidentes	SI	NO			
Hipertensión arterial	SI	NO			
Diabetes	SI	NO			
Hospitalización el último año	SI	NO			

I. VALORACION FUNCIONAL

KATZ	Dependiente	Independiente
1. Lavarse		
2. Vestirse		
3. Uso del Inodoro		
4. Movilizarse		
5. Continencia		
6. Alimentarse		

Diagnostico Funcional	
Independiente (1 punto)	
Dependiente parcial (2 puntos)	
Dependiente Total (3 puntos)	

(1 punto) Ningún ítem positivo de dependencia

(2 puntos) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia

(3 punto) 6 ítem positivo de dependencia

II. ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yasevage)

¿Está satisfecho con su vida?	NO
¿Se siente impotente o indefenso?	SI
¿Tiene problemas de memoria?	SI
¿Siente desgano o se siente imposibilitado?	SI

Sin manifestaciones depresivas (0-1 marca)	
Con manifestaciones depresivas (2 ó más marcas)	

III.VALORACION SOCIO FAMILIAR

Puntos	1.Situación familiar
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o psíquica.
3	Vive con conyugue de similar edad.
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive solo y carece de hijos o vive lejos (interior del país o extranjero)
Puntos	2.Situación económica
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de dos, pero más de un salario mínimo vital
3	Un salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital
5	Sin pensión sin otros ingresos
Puntos	3.Vivienda
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (Baño incompleto)
4	Vivienda. Semi construida o de material rústico
5	Asentamiento humano, invasión o sin vivienda.
Puntos	4.Relaciones sociales
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familias
5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Puntos	5.Apoyo de la red social (municipio, clubes, ONG, seguro social, vivienda)
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social

4	No cuenta con seguro social
5	Situación de abandono familiar

Valoración socio familiar

Buena/aceptable situación social (5-9 puntos)	
Existe riesgo social (10 a 14 puntos)	
Existe problema social(mayor de 15 puntos)	

**“AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL
COMPROMISO CLIMATICO”**

Pucallpa, 17 de julio del 2014

SOLICITAMOS: REVISION DEL ANTEPROYECTO

SEÑORA: TERESA DE JESUS ELESPURO NAJAR

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Yo, Martha Luz Daza Pinedo y Delia Violeta Sánchez Trigoso, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos lo siguiente:

Que, habiendo culminado nuestro anteproyecto **“VALORACION SOCIO-FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN EL AA.HH. LUZ Y PAZ- MANANTAY 2014”**.

Sin otro particular, nos despedimos de usted y esperamos la respuesta la brevedad posible.

Atentamente

.....
Martha Luz Daza Pinedo

Egresada-UNU

.....
Delia Violeta Sánchez Trigoso

Egresada-UNU

**“AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL
COMPROMISO CLIMATICO”**

Pucallpa, 02 de Julio del 2014

**SOLICITAMOS: AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DEL
INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

SEÑOR(A):

PRESIDENTE DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR DEL AA.HH. LUZ Y PAZ.

Yo, Martha Luz Daza Pinedo y Delia Violeta Sánchez Trigos, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de Ucayali, ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos lo siguiente:

Que, habiendo culminado la elaboración de nuestro anteproyecto de investigación Titulado: **“VALORACION SOCIO-FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN EL AA.HH.LUZ Y PAZ 2014”**, remitimos a su persona solicitando su autorización para la aplicación del instrumento de investigación a los socios de la Casa Del Adulto Mayor.

Sin otro particular, nos despedimos de usted y esperamos pronta respuesta.

Atentamente

.....
Martha Luz, Daza Pinedo

Egresada-UNU

.....
Delia Violeta, Sánchez Trigos

Egresada-UNU



**“AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL
COMPROMISO CLIMATICO”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo identificado con DNI N°
....., doy mi consentimiento para participar en la investigación:
VALORACION SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR EN EL ASENTAMIENTO
HUMANO LUZ Y PAZ- MANANTAY 2014 realizado por Daza Pinedo Martha Luz,
Sánchez Trigo Delia Violeta, Conocedor(a) de que la información será solamente
de conocimiento de los investigadores quienes garantizan el secreto.

Finalmente declaro participar en forma consciente de la presente investigación.

Pucallpa, de del 2014.

.....

Firma del informante

.....

Firma del investigador(a)