



**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Gerontología**

**TESIS**

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS  
PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL CENTRO RESIDENCIAL  
“IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” – 2016**

**Presentada por la Bachiller:**

**Paola Rea Ortega**

**Para optar el Título Profesional en Gerontología**

**Línea de Investigación:**

**Psicogerontología Social**

**Lima - Perú**

**2017**



**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Gerontología**

**TESIS**

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS  
PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL CENTRO RESIDENCIAL  
“IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO” – 2016**

**Presentada por la Bachiller:**

**Paola Rea Ortega**

**Para optar el Título Profesional en Gerontología**

**Línea de Investigación:**

**Psicogerontología Social**

**Lima - Perú**

**2017**

## **DEDICATORIA**

Al gran amor de mi vida, mi hijo Liam, quien es mi mayor motivación para ser cada día mejor.

A Pedro y Luisa, mis padres, por su gran amor, apoyo, confianza y la formación en valores que hicieron de mí una mejor persona.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de cumplir mis anhelos y metas.

A mi abuelito Nazario, quien desde el cielo me motivó a estudiar la carrera de Gerontología, carrera que hoy el habría disfrutado y que es mi pasión.

A mis padres por el apoyo incondicional día a día.

A la Directora de la Escuela de Gerontología por haber tenido la iniciativa de crear una carrera con rostro humano, pues quienes seguimos esta especialidad tenemos mucha sensibilidad por aquellas personas que dieron lo mejor de sí en esta vida y hoy en día son excluidos por motivos socioculturales.

A mis profesores por la formación brindada, me llevo de ellos muchos conocimientos y experiencias que jamás olvidaré.

## **RECONOCIMIENTO**

A la Universidad Alas Peruanas, por brindarme la oportunidad de adquirir nuevos y mayores conocimientos, así como también, desarrollar mis potencialidades, habilidades, destrezas en favor de las personas adultas mayores.

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es: Caracterizar los factores que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores del Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

El tipo de investigación es aplicada, descriptiva, cuantitativa y transversal. El nivel de investigación es descriptivo. El método general es la metodología de investigación científica y los métodos particulares son inductivo-deductivo, análisis síntesis, observacional y estadístico. El diseño de la investigación es descriptivo simple. La población la constituyen 308 personas adultas mayores registrados en la Valoración Geriátrica Integral y la muestra la constituyen 171 personas adultas mayores correctamente consignadas en la Valoración Geriátrica Integral; se han excluido a 137 adultos Mayores por no contar con la información necesaria en la Valoraciones Geriátricas.

El procedimiento consistió en recopilar y estudiar los datos de la Valoración Geriátrica Integral, para que el trabajo sea más práctico se diseñó una ficha de recopilación de datos.

En la caracterización se llegaron a las siguientes conclusiones: Las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas ingresaron porque en un gran porcentaje eran solteros, tuvieron problemas de vivienda, su ingreso fue voluntario, las edades promedio en las que ingresaron fueron entre los 60 a 79 años, tienen enfermedades mentales/ trastorno de personalidad y deterioro mental; tienen falta de recursos económicos, tienen necesidades de salud y falta de recurso social lo cual ha sido cubierto parcialmente por el Sistema Integral de Salud, así como una ocupación que no generó pensión de jubilación; son de lima, tienen deterioro físico total/ parcial y su nivel de instrucción es analfabeto e instrucción primaria. Las patologías más frecuentes corresponden a enfermedades del sistema cardiovascular y osteo-muscular.

### **PALABRAS CLAVES:**

Persona adulta mayor, Institucionalización, Factores Personal, socioeconómicos y Familiar.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to: Characterize the factors that affect the institutionalization of older adults of the Residential Center "Ignacia Rodulfo Vda. of Canevaro".

The type of research is applied, descriptive, quantitative and transversal. The level of research is descriptive. The general method is the methodology of scientific research and the particular methods are inductive-deductive, synthesis, observational and statistical analysis. The design of the investigation is simple descriptive. The population is constituted by 308 older adults registered in the Comprehensive Geriatric Assessment and the sample is constituted by 171 older adults correctly consigned in the Comprehensive Geriatric Assessment; 137 elderly adults have been excluded because they do not have the necessary information in the Geriatric Evaluations.

The procedure consisted of compiling and studying the data of the Comprehensive Geriatric Assessment, so that the work is more practical, a data collection form was designed.

In the characterization the following conclusions were reached: Older adults who are institutionalized entered because in a large percentage they were single, they had housing problems, their income was voluntary, the average ages in which they entered were between 60 and 79 years, they have mental illness / personality disorder and mental deterioration; they lack financial resources, they have health needs and lack of social resources, which has been partially covered by the Comprehensive Health System, as well as an occupation that did not generate a retirement pension; they are from Lima, they have total / partial physical deterioration and their level of instruction is illiterate and primary instruction. The most frequent pathologies correspond to diseases of the cardiovascular and osteo-muscular system.

### **KEYWORDS:**

Elderly person, Institutionalization, Personal, socioeconomic and Family factors.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Portada	i
Carátula	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Reconocimiento	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Índice de Tablas	x
Índice de Figuras	xi
Introducción	xiii
 <b>Capítulo I: Planeamiento Metodológico</b>	
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	14
1.2. Delimitación de la Investigación	16
1.3. Problemas de Investigación (Formulación del Problema)	17
1.3.1. Problema Principal	17
1.3.2. Problemas Secundarios	17
1.4. Objetivos de la Investigación	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivos Específicos	18
1.5. Hipótesis de la Investigación	18
1.5.1. Hipótesis General	18
1.5.2. Variables	18
1.5.3. Dimensiones	18
1.6. Metodología de la Investigación	19
1.6.1. Tipo y Nivel de la Investigación	19
1.6.2. Método y Diseño de la Investigación	19
1.6.3. Población y Muestra de la Investigación	19
1.6.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de datos	20
1.6.5. Fuentes	21
1.6.6. Justificación, Importancia y limitación de la	21

## Investigación

**Capítulo II: Marco Teórico**

2.1. Antecedentes de la Investigación	23
2.2. Bases Teóricas	28
2.3. Definición de Términos Básicos	45

**Capítulo III: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados**

3.1. Presentación de los Resultados	47
3.2. Análisis e interpretación de Resultados	47
3.3. Conclusiones	67
3.4. Recomendaciones	68

**ANEXOS**

1. Fuentes de Información (Valoración Gerontológica Integral)	71
2. Recopilación de datos	74
3. Matriz de Consistencia	78
4. Consentimiento Informado	80
5. Referencias	81

## Índice de Tablas

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b>	Población adulta mayor con Documento Nacional de Identidad, por sexo, según área de residencia – INEI 2016	35
<b>Tabla 2</b>	Hogares Jefaturados por adultos mayores, por tipo de hogar - INEI 2016	38
<b>Tabla 3</b>	Resumen de Procesamiento de Casos	48
<b>Tabla 4</b>	Estadísticas de fiabilidad	48
<b>Tabla 5</b>	Estadísticas de Elemento de Resumen	49
<b>Tabla 6</b>	Estadísticas Total de Elemento	49
<b>Tabla 7</b>	Estadísticas de Escala	49
<b>Tabla 8</b>	DG1. Edad	50
<b>Tabla 9</b>	DG2. Lugar de Nacimiento	51
<b>Tabla 10</b>	DG3. Estado Civil	52
<b>Tabla 11</b>	DG4. Condición Residencial	53
<b>Tabla 12</b>	DG5. Sexo	54
<b>Tabla 13</b>	DG6. Grado de Instrucción	55
<b>Tabla 14</b>	DG7. Ocupación Anterior	56
<b>Tabla 15</b>	FS1. Procedencia	57
<b>Tabla 16</b>	FS2. Causal de Ingreso	58
<b>Tabla 17</b>	FS3. Tipo de Seguro	59
<b>Tabla 18</b>	FP1. Presunción Diagnostico Mental	60
<b>Tabla 19</b>	FP2. Estado Mental	61
<b>Tabla 20</b>	FP3. Estado físico	62
<b>Tabla 21</b>	FP4. Diagnóstico Clínico	63

## Índice de Figuras

		<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b>	Mapa del distrito del Rímac – Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.	16
<b>Figura 2</b>	Comparación de las pirámides poblacionales de Los años 1950 y 2016.	28
<b>Figura 3</b>	Población adulta mayor con condición de actividad, Según sexo – INEI 2016	31
<b>Figura 4</b>	Población adulta mayor que tiene sistema de Pensión – INEI 2016	32
<b>Figura 5</b>	Población adulta mayor con afiliación de salud, Según área de residencia – INEI 2016	33
<b>Figura 6</b>	Población adulta mayor, por tipo de seguro de Salud – INEI 2016	34
<b>Figura 7</b>	Hogares jefaturados por adultos mayores, Según área de residencia y sexo – INEI 2016	37
<b>Figura 8</b>	Tipos de problemas de salud que afecta a la Población adulta mayor en las últimas cuatro Semanas anteriores a la entrevista – INEI 2016	40
<b>Figura 9</b>	Razones por la que no asisten a los centros de Salud – INEI 2016	40
<b>Figura 10</b>	Edad al momento de Ingreso al Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.	50
<b>Figura 11</b>	Lugar de Nacimiento de los adultos mayores Institucionalizados.	51
<b>Figura 12</b>	Estado Civil de las Personas Adultos Mayores Institucionalizadas.	52

<b>Figura 13</b>	Condición Residencial	53
<b>Figura 14</b>	Sexo	54
<b>Figura 15</b>	Grado de Instrucción	55
<b>Figura 16</b>	Ocupación anterior a la institucionalización	56
<b>Figura 17</b>	Procedencia al Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.	57
<b>Figura 18</b>	Causal de Ingreso al Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.	58
<b>Figura 19</b>	Tipo de seguro	59
<b>Figura 20</b>	Presunción Diagnostico Mental	60
<b>Figura 21</b>	Estado Mental	61
<b>Figura 22</b>	Estado Físico	62
<b>Figura 23</b>	Diagnóstico Clínico	66

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por finalidad determinar los motivos por los cuales las personas adultas mayores se ven precisadas a institucionalizarse y ha sido concebida por observaciones que realicé durante las visitas en años anteriores en forma voluntaria, luego, como alumna en los cursos prácticos de mi carrera gerontológica en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”. Al final de la experiencia surgieron muchas interrogantes, entre ellas, ¿Por qué tanta gente es ingresada cuando muchos tienen familia o algunos cuentan con recursos económicos?, ¿Cuáles son los motivos de su institucionalización?, ¿Qué utilidad podrían tener las conclusiones halladas en el ámbito comunal, profesional y de la propia persona adulta mayor?

Así mismo influyeron experiencias negativas en la atención de mis familiares mayores que determinaron realizar esta investigación.

El presente trabajo cuenta con 3 Capítulos.

El Capítulo 1, muestra el Planteamiento Metodológico, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, el problema, el objetivo, variable y la metodología de la investigación.

El Capítulo 2, describe el Marco teórico (antecedentes del problema, bases teóricas, conceptualización de términos básicos).

El Capítulo 3, da a conocer la presentación, análisis e interpretación de resultados, conclusiones, recomendaciones, y fuentes de información.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1. Descripción de la Realidad Problemática:**

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno de transición demográfico mundial.

Entre el 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.

Para el 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.

En el 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. (OMS, 2015)

Esta estadística revela un incremento del proceso del envejecimiento, sin precedentes en la historia de la humanidad.

Aproximadamente 3.117.373 de habitantes tienen más de 60 años, lo cual representa el 10.1% de la población total. Se estima que para el año 2021, este grupo representará el 11.2% de la población. (INEI, 2017)

El envejecimiento de la población peruana, los efectos sociales, económicos, de salud y de desarrollo humano requieren de una respuesta organizada y activa de los diferentes sectores de la sociedad en general.

En tal sentido; se ve la necesidad de investigar porqué las personas adultas mayores son institucionalizadas en distintos centros residenciales, algunos en residencias geriátricas privadas y otros en residencias geriátricas públicas, más conocidas como asilos de ancianos. Por tal motivo; se realizó el estudio en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, Residencia Geriátrica Pública, donde su principal característica es que habitan residentes provenientes de las distintas regiones del país, de condición social gratuita como también a personas adultas mayores de condición social pagante.

En el año 2016 el centro albergó a 308 personas adultas mayores, que presentaron diversos problemas, tales como; el abandono socio familiar, residentes que se sintieron no autorrealizados debido a que no han tenido un empleo ni medios de subsistencia mínimo, la mayoría no cuenta con seguro social, ni jubilación y muchos no tienen donde pernoctar, su condición social hace que califique como persona en riesgo social y sea susceptible de ayuda a través de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, a la cual pertenece el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

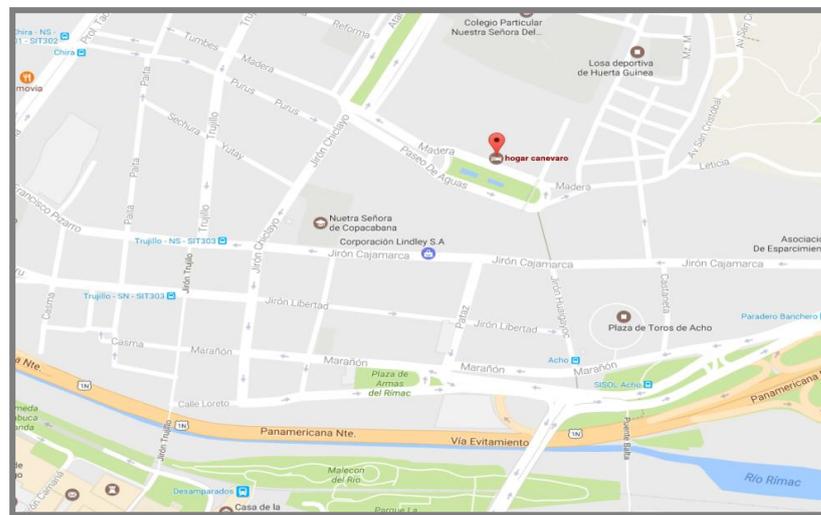
El Centro cuenta actualmente con diversos talleres tanto cognitivo-conductuales, socio-recreativos, culturales como de crianza de animales, entre otros, permitiendo así su desarrollo y participación en los diferentes ámbitos de la vida social. Cabe precisar; que no todos los residentes participan, sólo lo hacen aproximadamente un 15% del total, y esto nos refiere al poco interés de la persona adulta mayor a la participación, generando interrogantes e incertidumbres del personal que labora en la institución.

Por ello; es necesario investigar los principales factores que hicieron incidir a la institucionalización de este grupo poblacional.

## 1.2. Delimitación de la Investigación

### 1.2.1. Delimitación Espacial:

Se desarrolla en la ciudad de Lima, habiendo tomado como población a las personas adultas mayores comprendidos entre los 60 años a más del Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” que se encuentra actualmente ubicado en una de las zonas más tradicionales de Lima como es el Paseo de Aguas del Distrito del Rímac, sitio en el Jr. Madera N° 399.



**Figura 1.** Mapa del distrito del Rímac – Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

### 1.2.2. Delimitación Social

El presente trabajo contempla personas cuya condición socio económica en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” van desde gratuitos, pagantes parciales (con seguro social) y pagantes totales. Así mismo se contemplan a residentes que vienen mayormente de Lima – Callao, así como, de las diferentes regiones del país y en quienes se analizan los factores socioeconómicos, personales y familiares para determinar las causas de su institucionalización.

### **1.2.3. Delimitación Temporal**

Esta investigación al ser prospectiva analiza la información obtenida de las fichas de ingreso y las Valoración Geriátrica Integral (VGI) del Centro de Atención Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” del Distrito del Rímac. El intervalo de tiempo es de agosto 2016 a setiembre 2016.

### **1.2.4 Delimitación Conceptual:**

El presente trabajo sigue los lineamientos y terminología gerontológica usada en la universidad.

El enfoque usado es el enfoque gerontológico donde se contemplan básicamente los enfoques sociales, de desarrollo humano y los conceptos multidisciplinarios del ámbito de la salud.

## **1.3. Problemas de la Investigación**

### **1.3.1. Problema Principal:**

¿Cuáles son los factores que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”?

### **1.3.2. Problemas Secundarios:**

- a. ¿Cuáles son los factores socio económicos que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores?
- b. ¿Cuáles son los factores familiares que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores?
- c. ¿Cuáles son los factores personales que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores?

## **1.4. Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1. Objetivo General:**

Caracterizar los factores que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores del Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

- a. Caracterizar los factores socioeconómicos que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores.
- b. Caracterizar los factores familiares que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores.
- c. Caracterizar los factores personales que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores.

## **1.5. Hipótesis de la Investigación**

### **1.5.1. Hipótesis General:**

Los principales factores que podrían incidir en la institucionalización de las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” son los socioeconómicos, familiares y personales.

### **1.5.2. Variables**

Factores que Inciden en la Institucionalización.

### **1.5.3. Dimensiones**

- Socioeconómico
- Familiar
- Personal

## **1.6. Metodología de la Investigación**

### **1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación**

#### **a. Tipo de Investigación:**

Según su finalidad, la investigación es aplicada porque permitirá sustentar programas, planes y proyectos que eviten en la medida de lo posible la institucionalización o que se asuma como una medida transitoria; según su carácter es descriptiva debido a que caracteriza cada una de las dimensiones; según su naturaleza es cuantitativa porque se centra fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos, según el alcance temporal es transversal (seccional o sincrónica) debido a que estudia un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado.

#### **b. Nivel de Investigación:**

Descriptiva

### **1.6.2. Método y Diseño de la Investigación**

#### **a. Método de la Investigación:**

El método general es la metodología de investigación científica y los métodos particulares son inductivo-deductivo, análisis síntesis, observacional y estadístico.

#### **b. Diseño de la Investigación:**

Descriptivo Simple

### **1.6.3. Población y Muestra de la Investigación**

**a. Población:** La constituyen las 308 personas adultas mayores (fichas de ingresos).

**b. Muestra:** la investigación centro su unidad de análisis en las fichas de ingreso y sus correspondientes fichas de Valoración Geriátrica Integral (VGI) de 171 personas adultas mayores.

**Formula:**

**z** = Nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

**p** = proporción estimada de la población, cuyos sujetos poseen las características deseadas en el estudio (p=q=0.5 proporción estadísticamente segura).

**q** = sujetos que no poseen los atributos deseados

**e** = Error muestral = 0.05

**N**= 308 fichas

$$n^{\circ} = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

$$n^{\circ} = \frac{(1.96^2)(0.25)}{0.05^2}$$

$$n^{\circ} = 384$$

$$N^1 = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ}-1)}{N}}$$

$$N^1 = \frac{384}{1 + 1.24}$$

$$N^1 = 171$$

**Exclusión:** Se descartó a 137 fichas por no cumplir con los siguientes criterios:

- ✓ Menores de 60 años
- ✓ Fichas inconclusas por diversos motivos como: Trastornos demenciales, abandono familiar, etc.

#### 1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

**a. Técnica:** Recopilación de datos

**b. Instrumentos:** Fichas de ingreso y Valoración Geriátrica Integral

**c. Fuentes:** Las fuentes de información que se utilizaron en esta investigación facultaron el sustento teórico y metodológico del trabajo.

Según la diversidad de medios de transmisión de la información, se emplearon las siguientes fuentes:

**Fuentes documentales:**

- Fichas de ingreso
- Valoración Geriátrica Integral (VGI)

**Fuentes bibliográficas:**

- Libros
- Tesis

**Fuentes electrónicas:**

- Internet: sitio web relacionados con institucionalización de personas adultas mayores.
- Revistas electrónicas.

### **1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación**

#### **a. Justificación**

En las visitas frecuentes al Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” se ha observado que muchos residentes adultos mayores ingresaron a esta institución en estado de indigencia total y por tanto dependen de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana para sobrevivir en adecuadas condiciones.

No obstante los cuidados, atenciones recibidas y los programas Geronto-Geriátricos instaurados, se puede apreciar que requieren de un trabajo más especializado con programas que incentiven la participación e integren al residente, a su familia y su comunidad, a partir del conocimiento de las causas que motivaron su ingreso, de la

problemática con la que ingresaron al Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” y de las expectativas que los mismos tienen para que el equipo multidisciplinario de profesionales elaboren un plan de trabajo que encamine a los residentes hacia un envejecimiento activo, saludable y digno.

Por esta razón, el presente trabajo de investigación está orientado a descubrir cuáles son los principales factores que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores para mejorar las condiciones de vida de los residentes.

### **b. Importancia**

Contribuir al conocimiento de las causas por las cuales las personas se están institucionalizando y de esta manera encontrar estrategias orientadas a la prevención de la institucionalización en general, toda vez que el triunfo de los servicios sociales y de los equipos multidisciplinarios no deben ser la institucionalización sino la reinserción y el trabajo familiar. Se debe trabajar para que la institucionalización sea una medida de emergencia temporal.

### **c. Limitaciones**

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Escasez bibliográfica sobre estudios de factores que inciden en la institucionalización.
- Documentación incompleta.
- Algunos albergados no aportaban datos por problemas de salud mental.
- Difícil de corroborar datos en algunos residentes por no tener familia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del Problema

Al hacer la revisión bibliográfica de la literatura en el ámbito local, nacional e internacional se reportaron estudios directamente relacionados al tema tales como:

**A. Bazo, M.T. (1991). *Institucionalización de Personas Ancianas: Un reto Sociológico*.** Tesis de Licenciatura en Sociología. Universidad del País Vasco, Vizcaya, España.

Con una metodología sociológica se analizan las causas del traslado de una muestra de ancianos/as a una residencia de tercera edad. El enfoque es cualitativo, con datos de las entrevistas en profundidad. La muestra proviene de la provincia de Vizcaya. Se estudió la situación de las personas ancianas que se encontraban en residencias, las relaciones que mantienen entre sí, así como con miembros del personal y dirección. La incomunicación resulta ser el rasgo más llamativo. Se analiza, además, el tipo de actividades que se realizan (escasas y pasivas), la percepción de la residencia, todavía asociada al antiguo asilo, y las ventajas e inconvenientes que supone la vida en residencias para las propias personas residentes. Este artículo es parte de un estudio sociológico más extenso sobre ancianidad y residencias en el país Vasco.

### **Conclusiones:**

Son distintas las consideraciones acerca de las causas que llevan a las personas adultas mayores a trasladarse a una residencia. Se ha atribuido a factores de tipo personal y psicológico, como tener un carácter de tipo dependiente, o no poder contar con una persona que lo atienda, así como experimentar pérdidas físicas, económicas o sociales. Sin embargo, se han demostrado que la decisión de internamiento es causada por la interrelación de tres variables:

1. El creciente deterioro físico
2. La incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes conviven de prestar los cuidados que la persona adulta mayor necesita.
3. La falta de servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente.

**B. Simoncini, M. R. (2003). *Factores que Inciden en el Ingreso y Permanencia en el Geriátrico “El Hogar” de la Ciudad de Rosario*. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. Desarrollado en la ciudad de Rosario, Argentina.**

En esta Investigación el eje central está puesto en una problemática que une a todos los residentes: Su prolongada estadía en la Institución. A pesar de que ésta no haya sido su propia voluntad. Muy pocos son los que egresan de la misma, y no tienen perspectivas de hacerlo en un futuro.

Desde esta realidad se plantea la necesidad de sondear y profundizar sobre los factores que inciden en el ingreso y permanencia de los adultos mayores teniendo en cuenta sus relaciones familiares y sociales, situación socioeconómica, como así también la política institucional en relación a esta problemática.

Se investigó sobre las características de sus perfiles biológicos, sociales, culturales y la trama de relaciones que han podido establecer durante toda su vida, más allá de la edad cronológica y biológica.

La investigación se desarrolló en un nivel descriptivo, ya que trata características similares de un conjunto de personas. (54 residentes) y de sus grupos familiares.

La metodología empleada tiene elementos cuantitativos en cuanto a la recolección de datos que se utilizan para caracterizar la población residente, y su situación económica y social.

### **Conclusiones:**

A pesar de que los motivos de ingreso estuvieron vinculados a una situación que se presentaba mayormente como transitoria, debido a problemáticas de salud en un mayor porcentaje, existen una multiplicidad de factores que llevan a este grupo a continuar residiendo en el geriátrico a pesar de haber resuelto el motivo que les dio el ingreso:

**a. Aspectos referidos a su situación Socioeconómica:** Su situación de jubilados, hace no sólo que estén excluidos del mercado laboral, sino que también significa que sus ingresos económicos estén sumamente restringidos. Si se tiene en cuenta que desde hace más de 10 años no se produjeron aumentos significativos para este sector de la población, mientras que se elevaron los costos de los artículos que son de primera necesidad, sus posibilidades de acceder a una buena calidad de vida son prácticamente nulas.

**b. Por su condición social,** pertenecen a sectores asalariados, con escasa formación profesional, y sin acumulación de un capital que les permitiera asegurarse una forma de vida sin preocupaciones económicas ni inseguridades. Los grupos familiares de estas personas, se encuentran también afectados

por la crisis socioeconómica, con bajos salarios, incertidumbre acerca de su seguridad laboral, y con los conflictos y necesidades de los integrantes de la familia que también están bajo su responsabilidad.

**c. Sus redes familiares, de amistades y relaciones afectivas:**

Si bien se conservan en un porcentaje importante, la pérdida de los espacios comunes que compartían cotidianamente, junto con el desplazamiento de los roles funcionales que cumplían cuando estaban integrados al grupo familiar, ya sea conviviendo o no, habla también de una fragilidad en los afectos y en la forma de relacionarse que tenían anteriormente.

**C. Cifuentes, P. (2005). *Adulto Mayor Institucionalizado*. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. Desarrollado en Santiago, Chile.**

La presente investigación tiene como finalidad identificar la opinión que tienen los adultos mayores que se encuentran en establecimientos de larga estadía en los sectores sur y sur oriente de la región metropolitana, acerca de dichos establecimientos y de sus actividades y relaciones con sus pares y con el personal de cuidado diario.

Este estudio proporciona antecedentes acerca de la situación de los adultos mayores en estos establecimientos. Pues la información es importante para el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), quien es el ente que se encarga de velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, entre otras. Y al no contar con la suficiente información que les permita dar cuenta de una mejor forma, en la definición de políticas y estrategias que propendan a velar por la calidad de vida de las personas adultas mayores, específicamente en este caso de aquellos que se encuentran institucionalizados.

El enfoque es descriptivo, se cuenta con un universo de estudio de 1,601 adultos mayores que residen en 70 establecimientos de larga estadía, de los cuales 56 corresponden a

establecimientos con fines de lucro (privados) y 14 establecimientos sin fines de lucro (beneficencia).

Conclusiones:

- Los adultos mayores que se encuentran en estos establecimientos de larga estadía de los sectores estudiados se encuentran mayoritariamente residiendo en instituciones sin fines de lucro (Beneficencia), dependientes de instituciones benéficas, aspecto concordante con la situación socioeconómica de los adultos mayores, en su gran mayoría pobres o indigentes.
- Desde el punto de vista de género, los adultos mayores predominantemente son mujeres lo que da cuenta de la misma situación que ocurre a nivel nacional, es decir, existe una feminización de la adultez mayor.
- Desde el punto de vista del estado civil, existe gran cantidad de personas de estado civil viudas (os) y solteras (os) de lo que se puede inferir que este es el principal motivo de ingreso a los establecimientos de larga estadía, ya que no cuentan con algún familiar que pueda asumir sus cuidados.
- La muestra utilizada para este estudio demostró la existencia de familias pequeñas en el caso de los adultos mayores. La mayoría de ellos tuvo solo un hijo. Otro porcentaje son solteros, es decir que no tienen familiares directos que se ocupen de ellos.
- Si bien la institucionalidad es válida en casos necesarios, es importante que se incentive la desinstitucionalización y se reemplace por el cuidado de la familia por un tiempo más prolongado, pero cumplir con este objetivo, para algunas familias, necesita de ayuda de las diferentes instituciones sociales que están preocupados por el bienestar de los adultos mayores.

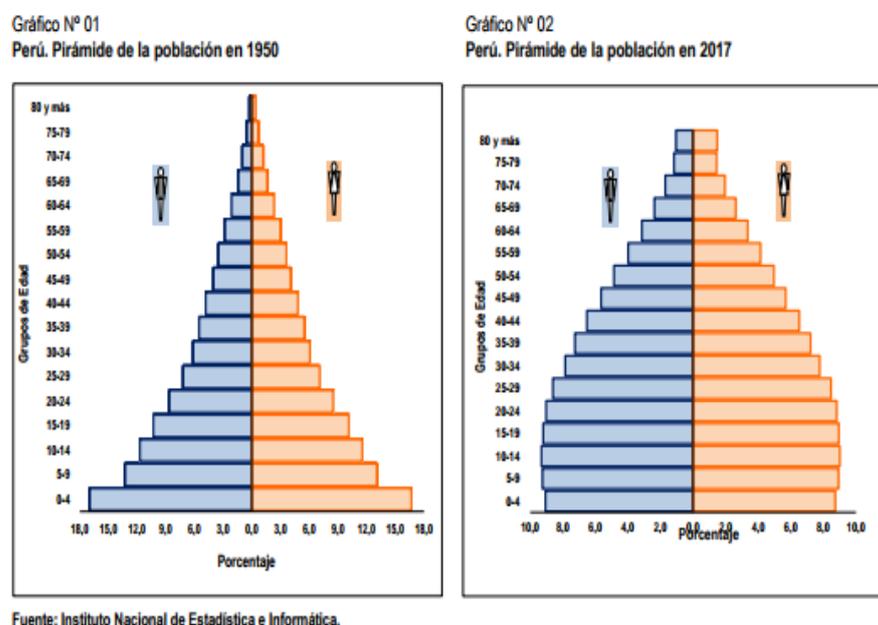
## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1. Envejecimiento de la población

El Instituto Nacional de Estadística e Informática en su Informe Técnico N°2 – Situación de la Población Adulta Mayor (INEI, 2017) afirmó que:

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017. (p. 1)

Es evidente que la pirámide humana ha cambiado en estos 67 años como se muestra en la figura del Informe Técnico N°2 - 2017.



**Figura 2.** Comparación de las pirámides poblacionales de los años 1950 y 2017.

### **2.2.2. Persona Adulta Mayor y Envejecimiento**

En el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2010 - 2016 se mencionó que:

La primera asamblea mundial sobre el envejecimiento realizado en Viena en el año 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiple denominación como viejo, anciano, geronto, entre otras.

En los países en vía de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 a más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento, a partir de año 1996, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional personas adultas mayores de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su asamblea general.

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementa la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario.

Por esta razón el nuevo enfoque del envejecimiento está centrado en el ciclo vital, con una visión holística que concibe a este como un proceso activo, saludable, de actitud positiva de autoaceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales positivas en este enfoque del envejecimiento de la vejez y de la persona adulta mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesario y urgente la formación continua de recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras y promotores en salud comunitaria especializadas. (p. 2)

### **2.2.3. Servicios de atención a los adultos mayores en el Perú**

Según el estudio de investigación. Perfil del adulto mayor Perú – INTRA II (2004) se dijo que:

A mediados del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina en el Perú bajo la influencia de la medicina francesa, inglesa y alemana, surgió el interés por satisfacer las necesidades de atención de los ancianos, especialmente de aquellos de sectores populares.

La Sociedad de Beneficencia de Lima, fundada en 1834 durante el gobierno del general Orbegoso con la finalidad de brindar atención a los desvalidos, se hizo cargo de los hospicios, hospitales y cementerios. Esta sociedad estableció varios hospicios con la función limitada de albergues como el Manrique, Castaño, Ruiz Dávila y Corazón de Jesús, entre otros.

En 1924 fue construido el Asilo San Vicente de Paul, ex Hospicio de Incurables, hoy Hogar Geriátrico perteneciente a la Sociedad de Beneficencia de Lima para la atención de ancianos desvalidos.

La creación del Seguro Social Obligatorio para los obreros en 1936 marcó un hito, dado que por primera vez los trabajadores tendrían asegurada la atención médica durante su vejez, luego de la jubilación. En 1951 este tipo de atención se extendió mediante la forma de Seguro Social. En 1973 se creó el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social que reemplazó a la Caja de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social, del Seguro Social del Empleado y del Fondo Especial de Jubilación de Empleados Particulares.

Las Fuerzas Armadas se sumaron a la tendencia de brindar ayuda médica especializada a los ancianos. Así, se crearon servicios de atención geriátrica en el Hospital Militar Central en 1975; en el Hospital de las Fuerzas Policiales, en 1982; en el Hospital Central de Aeronáutica, en 1983 y en el Hospital Naval Central, en 1985.

El 27 de agosto de 1982 fue inaugurado en el distrito del Rímac el asilo que lleva el nombre de su benefactora, Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro.

En 1998 se creó el servicio de Geriátría en el Hospital de la Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen (ex Obrero), mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (ex Empleado), también de la seguridad social, funciona una unidad de atención geriátrica.

Años atrás, han sido creados los servicios de geriatría en algunos hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud; sin embargo, éstos aún no están debidamente implementados para un funcionamiento óptimo. (p.17)

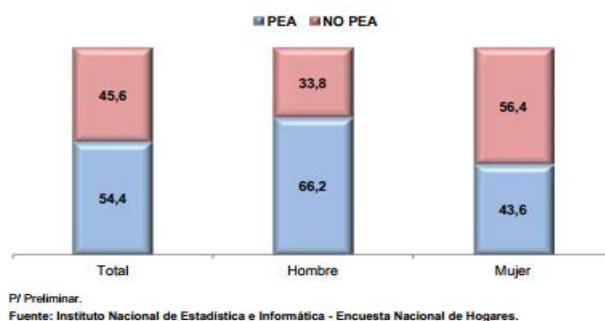
## 2.2.4. Factores Socioeconómicos

### a. Situación laboral y protección social en el Perú

A medida que avanza el proceso de envejecimiento, se espera que a determinada edad las personas se retiren del mercado laboral. En esta circunstancia, la tasa de empleo a partir de los 65 y más años disminuye conforme las cohortes de edad se hacen mayores.

Según el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) se demostró que:

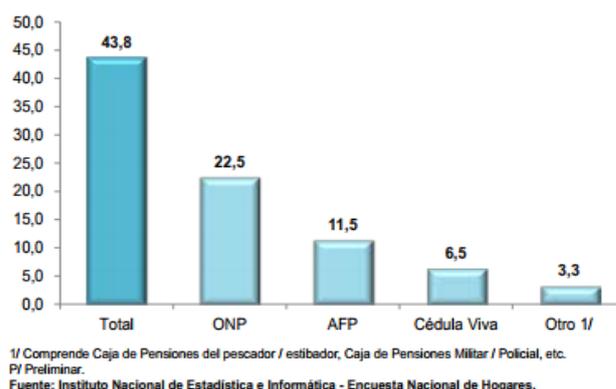
Los/as adultos/as mayores que están incluidos en la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 54,4%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, 66,2% y 43,6%, respectivamente. Los adultos mayores que no forman parte de la Población Económicamente Activa (NO PEA), representan el 45,6%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 22,6%. (p.11)



**Figura 3.** Población adulta mayor con condición de actividad, según sexo – INEI 2017

Uno de los factores que puede explicar las dificultades que enfrentan los adultos mayores para salir del mercado laboral está relacionado con el acceso a sistemas de seguridad social puesto que, si las personas no se encuentran afiliados a ningún sistema de pensiones, es muy probable que tengan que continuar trabajando para poder mantener sus niveles de consumo y satisfacer sus necesidades básicas. Muchas personas en la actualidad realizan trabajos que no exigen la afiliación a un sistema de pensiones o de salud. Más aún, esta situación no es reciente, sino que se remonta muchos años en el pasado de tal modo que hoy en día la población de adultos mayores se encuentra en su mayoría fuera del sistema de seguridad social. En esta circunstancia, los datos del Informe técnico N° 2 – Situación de la Población Adulta Mayor del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) muestran que:

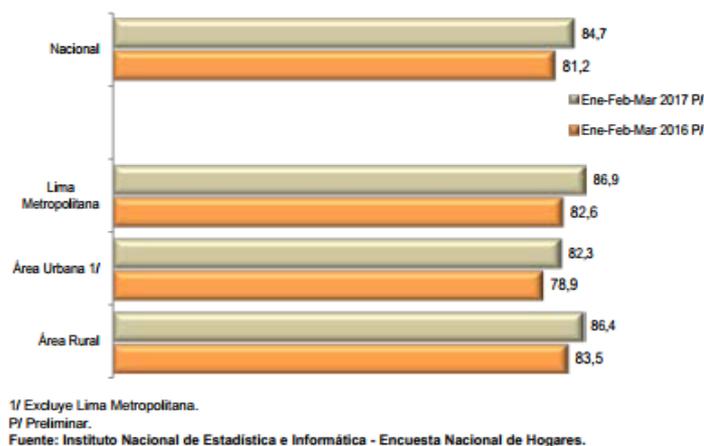
En la actualidad, la población adulta mayor, el 43,8% está afiliado a un sistema de pensión. En el trimestre Enero-febrero-marzo 2017, el 22,5% está afiliado a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), seguido por el 11,5% de afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y el 6,5% a la Cédula viva. (p.13)



**Figura 4.** Población adulta mayor que tiene sistema de pensión – INEI 2017

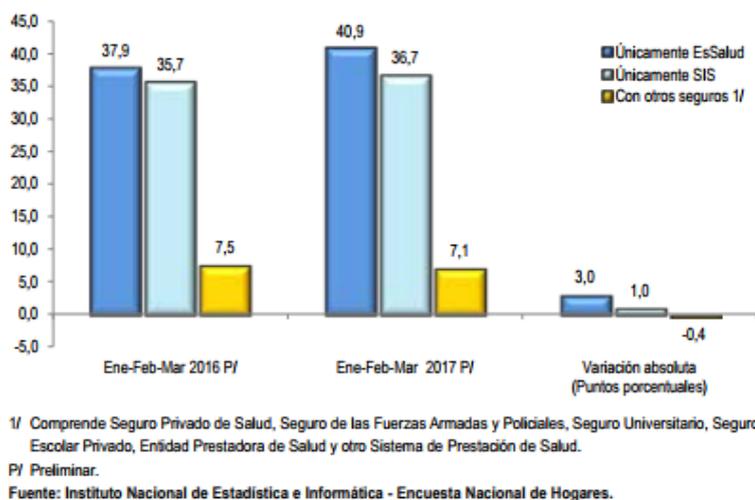
El horizonte se agrava cuando se advierte que el 56.2% de los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema no tiene acceso a ningún tipo de pensión. Estas cifras guardan relación con las altas tasas de empleo de los adultos mayores (54.4%). Por su parte, las cifras de

acceso a algún tipo de seguro muestran que del total de la población adulta mayor de 60 y más años de edad, el 84,7% tiene algún seguro de salud, sea público o privado. Destaca la cobertura de afiliación a algún seguro de salud de los residentes en Lima Metropolitana con el 86,9%, ubicándose luego el área rural con el 86,4%, seguida del área urbana con el 82,3%. (p.9)



**Figura 5.** Población adulta mayor con afiliación de salud, según área de residencia – INEI 2017

Si se observa la manera en que se distribuyen los adultos mayores afiliados entre los distintos sistemas de seguros de salud es posible notar que EsSalud y el Seguro Integral del Salud (SIS) son aquellos que concentran a la mayor parte de los afiliados (ver Figura 6). Es importante notar que las prestaciones que ofrecen ambos sistemas son particularmente distintas siendo en el caso de EsSalud un sistema con una mayor cobertura que el SIS. Es por ello que es necesario ser muy cuidadosos al momento de interpretar las cifras de cobertura total para los adultos mayores pues existe heterogeneidad entre aquellos que figuran como afiliados a algún tipo de seguro.



**Figura 6.** Población adulta mayor, por tipo de seguro de salud – INEI 2017

Con los siguientes datos podemos deducir que las personas de 60 años a más consideradas como pobres o pobres extremos se encuentran afiliadas mayoritariamente al SIS y en un segundo lugar a Essalud. Esta situación es muy similar independientemente de que se observe el área urbana o rural. La principal diferencia entre ambos casos se encuentra en la proporción de adulto mayor por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema que se encuentran afiliados a Essalud, la cual es particularmente mayor en el caso de los pobres no extremos del área urbana. Otro de los servicios públicos en los cuales se ha logrado alcanzar una importante cobertura es en el caso del derecho a la identidad. En la actualidad, la gran mayoría de adultos mayores posee documento nacional de identidad – DNI (Ver Tabla 1) y por tanto están inscritos en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC). El poseer el DNI resulta de particular importancia pues es el documento indispensable para la realización de casi la totalidad de trámites administrativos incluyendo aquellos ligados al acceso a programas sociales orientados a los adultos mayores como es el caso del programa de pensiones no contributivas (Pensión 65).

**Tabla 1**

Población adulta mayor con Documento Nacional de Identidad, por sexo, según área de residencia – INEI 2017

Área de residencia	Ene-Feb-Mar 2016 P/			Ene-Feb-Mar 2017 P/			Variación (Puntos porcentuales)		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Nacional	99,1	99,1	99,1	99,3	99,5	99,2	0,2	0,4	0,1
Lima Metropolitana	99,1	98,6	99,6	99,3	99,4	99,2	0,2	0,8	-0,4
Área Urbana 1/	99,7	99,5	99,9	99,7	99,8	99,7	0,0	0,3	-0,2
Área Rural	97,9	99,2	96,7	98,5	99,0	98,1	0,6	-0,2	1,4

P/ Preliminar.

1/ Excluye Lima Metropolitana.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

## 2.2.5. Factores Familiares

### a. La Familia: Vejez y Sociedad

Una de las características de la sociedad peruana en general y de las familias rurales en particular son las familias extendidas donde confluyen tres o más generaciones. Como en toda familia, se producen el recambio generacional mediante el nacimiento o la muerte de alguno de sus miembros. A medida que se asciende de condición socioeconómica las familias tienden a ser mononucleares.

Esta particular situación determina, en muchos casos, la institucionalización de las personas adultas mayores.

### b. Familia y modernización

En nuestra sociedad, por lo menos en generaciones anteriores, el machismo es una característica muy acentuada. Esta característica determinó que muchas mujeres no tengan la instrucción suficiente para ser insertadas en el ámbito laboral, así mismo, la mujer tiende a desarrollar más su instinto maternal y familiar, orientándose más a la satisfacción de las necesidades básicas familiares (cocina, lavado,

limpieza, atención de niños y de adultos mayores). Mención especial merece la soltera debido a que la carga del cuidado recae sobre ella. Esta carga física y emocional conlleva al estrés del cuidador determinando que la familia institucionalice al familiar de edad avanzada con necesidades de atención multidisciplinaria.

Otra situación que se percibe en la actualidad es que muchas hijas solteras/casadas ciudadanas en general, con mayores niveles educativos son insertadas en el sistema laboral. Situación que produce un vacío en el cuidado de y atenciones que las personas adultas mayores requieren conllevando a la institucionalización de su familiar envejeciente.

El modelo centralista en nuestro país promueve un mayor desarrollo del movimiento migratorio de las zonas rurales a la ciudad, tornándose congestionadas y con un mayor crecimiento de sus edificaciones con habitaciones estrechas y diseñadas para familias mononucleares con pocos hijos. Esta situación de modernidad determina, en muchos casos, la exclusión del adulto mayor y su institucionalización.

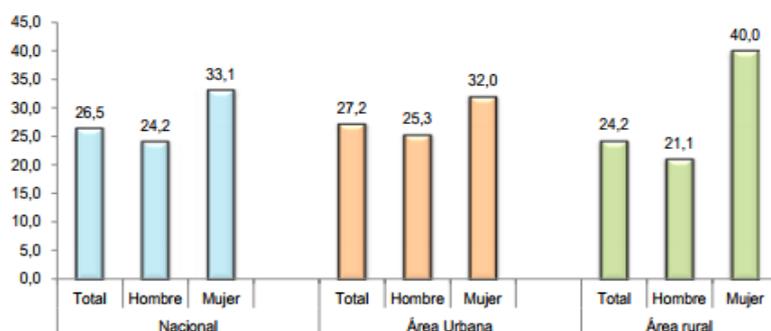
### **c. Características de los hogares del adulto mayor en el Perú**

Analizando la situación familiar en la que viven las personas adultas mayores en el Perú. Muchos de los adultos mayores basan el sustento de sus necesidades en el apoyo de sus familiares más jóvenes mediante acuerdos informales de protección en ausencia de la posibilidad de acceder a esquemas de seguridad social durante la edad laboral. De manera específica es importante conocer la situación de aquellos adultos mayores más vulnerables, entendidos en este contexto como aquellos que no cuentan con familiares que puedan brindarles apoyo (como en el caso de las personas adultas mayores que viven solos) o el de aquellos que viven en compañía únicamente de otros adultos mayores. Un primer acercamiento a esta composición del hogar consiste en observar la relación que los adultos mayores

mantienen con el jefe del hogar en el que viven. En general, se observa que la mayoría de adultos mayores son jefes de hogar, lo cual permite tener una primera impresión acerca de las relaciones de dependencia económica al interior de las familias en las cuales vive al menos una persona de 60 a más años. Esta situación es similar tanto en el área rural como urbana.

Si se analiza el Informe Técnico N° 2 Situación de la Población Adulta Mayor del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) en cuanto a la composición de los hogares en los que el jefe de hogar es un adulto mayor se dijo que:

Del total de hogares del país, el 26,5% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos/as mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son conducidas por mujeres el 33,1% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 24,2% son adultos mayores. Esto resalta más en el área rural, donde el 40,0% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores, en el caso de los hombres es el 21,1%. En el área urbana, la diferencia por sexo es de 6,7 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 32,0% frente a 25,3% de los hombres. (p. 2)



P/ Preliminar.  
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

**Figura 7.** Hogares jefaturados por adultos mayores, según área de residencia y sexo – INEI 2017

**Tabla 2**

Hogares jefaturados por adultos mayores, por tipo de hogar - INEI 2017

Tipo de hogar	Ene-Feb-Mar 2016 P/			Ene-Feb-Mar 2017 P/		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Nuclear	45,6	54,4	27,4	48,6	58,0	29,4
Extendido	26,0	26,4	25,4	24,5	26,2	21,0
Unipersonal	21,1	13,9	36,2	21,0	12,6	38,1
Sin núcleo	5,3	3,2 a/	9,7	4,4	1,9 a/	9,6
Compuesto	1,9 a/	2,1 a/	1,3 a/	1,5 a/	1,3 a/	1,9 a/

a/ Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Esta situación puede tener implicancias importantes con relación a la capacidad de la familia para dar apoyo a los adultos mayores. En efecto, se esperaría que los adultos mayores que viven con sus hijos (quienes muy probablemente se encuentren en edad de trabajar) tengan mayores posibilidades de recibir apoyo económico de estos; sin embargo, si se considera a los nietos el escenario cambia puesto que se esperaría que estos a su vez dependieran de sus padres, los cuales tendrían que hacer frente a una doble responsabilidad (mantener a sus hijos menores de edad y mantener a sus padres adultos mayores). Es por eso que los adultos mayores pobres extremos del medio rural podrían tener mayores dificultades que sus pares urbanos puesto que, aunque la proporción de aquellos que vive con sus hijos es mayor que en el caso urbano, también es cierto que la proporción que vive con sus nietos es mayor.

En consecuencia, el número de personas que conforman el hogar es menor en aquellos hogares que tienen al menos un adulto mayor entre sus miembros que en aquellos que no tienen un adulto mayor. Es de interés particular conocer la situación de los adultos mayores que viven solos o en familias muy pequeñas. Más aún, aquellos que además viven en situación de pobreza y pobreza extrema pueden constituir una población en riesgo debido a que la ausencia de apoyo familiar podría empeorar la ya precaria situación económica en la que viven.

#### **d. Características familiares del adulto mayor institucionalizado**

El adulto mayor debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal. La reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias genera el aumento de la internación geriátrica. (Buendía y Riquelme, 2005) De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días (Polaino-Lorente, Aquilino, Coaut, 1990), produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobre esfuerzo de adaptación. Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del adulto mayor a instituciones es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana. Más aún, autores como Mora, Villalobos, Araya, Ozols han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento. Presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

#### **2.2.6. Factores Personales**

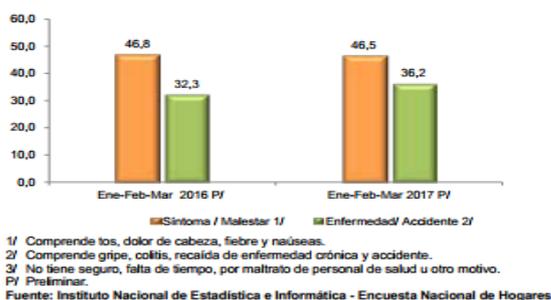
Hace referencia al aspecto físico-funcional y mental que tiene el individuo antes de institucionalizarse.

##### **a. Tipo de problema de salud y razones de no asistencia a establecimiento de salud**

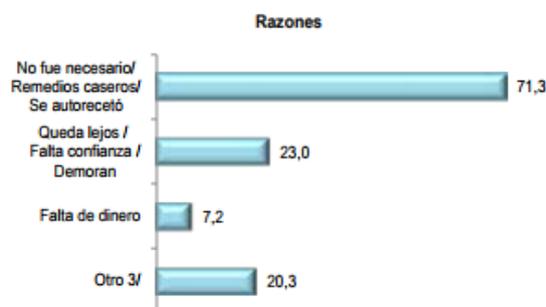
La dinámica de la salud es compleja, con el paso de los años se producen numerosos cambios fisiológicos y crece el riesgo de enfermedades crónicas.

Según el Informe Técnico N° 2 – (INEI, Situación de la Población Adulta Mayor, 2017) se concluyó que:

En el primer trimestre de 2017, el 46,5% de adultos mayores del país han padecido algún síntoma o malestar y el 36,2%, alguna enfermedad o accidente. Comparando con similar trimestre del año anterior, se observa una disminución de 0,3 punto porcentual en Síntoma/Malestar y un incremento de 3,9 puntos porcentuales en la categoría Enfermedad/Accidente. La mayor proporción de personas de 60 y más años de edad, con algún tipo de problema de salud, no asistió a un establecimiento para atenderse porque no lo consideró necesario, u optó por remedios caseros, o se autorecetó (71,3%). Casi la cuarta parte (23,0%) no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, o no le genera confianza o se demoran en la atención. Estos son factores a tomar en cuenta para incrementar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores. (p. 8)



**Figura 8.** Tipos de problemas de salud que afecta a la población adulta mayor en las últimas cuatro semanas anteriores a la entrevista – INEI 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares

**Figura 9.** Razones por la que no asisten a los centros de salud – INEI 2017

### **b. Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento**

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, a excepción de los países que han desarrollado la geriatría, con frecuencia se deja de lado en los servicios de salud de estructura tradicional e investigación epidemiológica.

### **c. Factores que influyen en el envejecimiento saludable**

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer.

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular

llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios.

#### **d. La salud mental y los adultos mayores**

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N° 6 (OMS, 2016) dijo que:

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda. (p. 1)

### **I. La función cognitiva y factores de riesgo en adultos mayores**

La organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre envejecimiento y la salud (OMS, 2015) publicó que:

Las funciones cognitivas varían mucho entre las personas y están estrechamente relacionadas con los años de educación. Muchas de las funciones cognitivas empiezan a disminuir a una edad relativamente joven, y las diferentes funciones disminuyen a ritmos diferentes. En consecuencia, el funcionamiento se torna cada vez más heterogéneo con los años

Las diferencias entre una persona y otra en la disminución de las funciones cognitivas asociadas a la edad dependen de muchos factores, como la situación socioeconómica, el estilo de vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos, lo que indica que hay oportunidades para realizar intervenciones de salud pública en todo el curso de la vida. También hay indicios de que el deterioro cognitivo normal debido a la edad puede compensarse parcialmente con las habilidades prácticas y las experiencias adquiridas a lo largo de la vida, y mitigarse con entrenamiento mental y actividad física

Es muy importante tener en cuenta que los cambios sutiles y heterogéneos en el funcionamiento cognitivo que se observan en las personas mayores sanas son muy distintos de los cambios provocados por la demencia. (p.58)

#### **2.2.7. La Institucionalización de Personas Adultas Mayores**

Dentro de las situaciones que son hoy relevantes para el grupo de adultos mayores, es el ingreso a una Institución geriátrica y día a día crecen las demandas para acceder a la internación en una residencia geriátrica. Estas demandas son realizadas en la mayoría de los casos por los familiares o agentes sociales de servicios públicos.

La mayoría de estos Servicios se encuentran registrados en la Dirección de Personas Adultas Mayores (DIPAM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

Si bien en los últimos años se reflejan ciertos avances en cuanto a la construcción de entornos residenciales con características de institución abierta, con más flexibilidad, no se debe olvidar que el problema de la Institución geriátrica, es la institución misma, en tanto que constituye una solución al problema asistencial centrada en la creación de “espacios para ancianos” que, en definitiva, son alejadas de su contexto natural: el medio social.

En Lima, la mayoría de las instituciones geriátricas privadas, que mantienen, ponen su mayor énfasis de atención en los aspectos médicos y alimentarios, con escasa programación de actividades sociales recreativas, culturales y de tiempo ocio.

En el proceso que se desarrolla en el ingreso de un adulto mayor a la institución participan diversos actores sociales: Las personas mayores, los profesionales y cuidadores del ámbito del geriátrico (personal de enfermería, auxiliares), los propietarios o encargadas de las mismas y los familiares directos e indirectos, amigos, de los residentes, quienes juegan un papel especial en todo este proceso.

Es importante aclarar que este proceso, especialmente en lo que respecta a las relaciones familiares y sociales, empieza antes del ingreso y suele ser muchas veces una experiencia dura y difícil de elaborar, no sólo para el residente, sino para las personas que lo rodean.

Si bien se hace hincapié en la importancia de la familia en el cuidado y atención de los problemas de salud y dependencia, no se analizan otros aspectos que tienen que ver con la trama de relaciones que presenta cada grupo familiar y las posibilidades objetivas y subjetivas de enfrentar determinadas situaciones.

### a. Residencias de Ancianos

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) mencionó que: “Las residencias son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios”.

Las residencias hoy en día son centros donde se atienden necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos, que por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan de asegurar dichos cuidados fuera del domicilio. Dicha atención se presta en ocasiones de forma temporal o de forma permanente hasta el final de la vida del residente.

En dichos centros los cuidados son proporcionados por parte de un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales, teniendo cada vez más un enfoque no estrictamente custodial del anciano. Hoy en día nuestras residencias, muy diferentes de los antiguos asilos de ancianos, deben basarse en la atención no sólo de las necesidades de cuidados básicos, alojamiento y hostelería del residente sino en la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal.

## 2.3. Definición de Términos Básicos

- a. **Factores:** hablamos de cosas, de elementos reales, que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.
- b. **Factores Socioeconómicos:** son aquellos sucesos que afectan al individuo o a un grupo de personas sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.
- c. **Factores Personales:** Relacionados con la vida de una persona y su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo.
- d. **Factores Familiares:** son aquellas circunstancias que hacen que las personas decidan aislarse o son excluidos del núcleo familiar.
- d. **Institucionalización:** Es el proceso de transformación de un grupo, práctica o servicio, desde una situación informal e inorgánica hacia

una situación altamente organizada, con una práctica estable, cuya actuación puede predecirse con cierta confianza, e interpretarse como la labor de una entidad dotada de personalidad jurídica propia, con continuidad y proyección en el tiempo.

## **CAPÍTULO III**

### **Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados**

#### **3.1. Presentación de los Resultados**

El análisis de los resultados que se presentará a continuación, se hizo en referencia a los objetivos planteados en este estudio teniendo como referencia la información recopilada de una muestra de 171 Valoraciones Geriátricas Integrales (VGI) y 171 Fichas de Inscripción.

#### **3.2. Análisis e Interpretación de Resultados**

**Escala: FACTORES QUE INCIDEN EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL CENTRO RESIDENCIAL “IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO – 2016”**

3.2.1 Se ha codificado de la siguiente manera:

DG: Datos Generales	FS1: Procedencia
DG1: Edad	FS2: Causal de Ingreso
DG2: Lugar de Nacimiento	FS3: Tipo de Seguro
DG3: Estado Civil	FF: Factor Familiar
DG4: Condición Residencial	FP: Factor Personal
DG5: Sexo	FP1: Presunción Dx. Mental
DG6: Grado de Instrucción	FP2: Estado Mental
DG7: Ocupación Anterior	FP3: Estado Físico
FS: Factor Socioeconómico	FP4: Diagnóstico Clínico

3.2.2. Se han analizado 171 fichas de inscripción y 171 Valoraciones geriátricas Integrales (VGI), los cuales conforman la muestra de una población adulta mayor institucionalizada.

**Tabla 3.**

**Resumen de Procesamiento de Casos**

		N	%
Casos	Válido	171	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	171	100,0

Fuente: Elaboración Propia

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

3.2.3. El alfa de cronbach es una medida de la consistencia interna del instrumento, en lo referente al conocimiento de la carrera profesional de gerontología, en la presente investigación es de 0.705, siendo este valor el que me da la validez de criterio.

**Tabla 4.**

**Estadísticas de Fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,705	,735	6

Fuente: Elaboración Propia

Por lo anterior el instrumento empleado tiene validez y confiabilidad. Según Herrera 1998 en Kerlinger 2002.

3.2.4. Existe correlación entre elementos de 0,114, la cual es una débil correlación positiva y directa entre las variables, por lo que de acuerdo a la tabla de interpretación este valor se encuentra entre probablemente no hay correlación y una débil correlación positiva.

**Tabla 5.****Estadísticas de Elemento de Resumen**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,280	1,421	6,123	4,702	4,309	3,027	6
Correlaciones entre elementos	,114	-,168	,823	,991	-4,900	,071	6

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 6.****Estadísticas Total de Elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
FS1. Procedencia	16,58	15,433	-,119	,046	,535
FS2. Causal de Ingreso	15,18	19,593	,191	,079	,143
FS3. Tipo de seguro	18,26	22,051	-,088	,048	,237
FP1. Presunción Diagnostico Mental	13,56	10,801	,257	,687	-,073 <sup>a</sup>
FP2. Estado Mental	17,50	17,675	,572	,729	,007
FF1. Estado Físico	17,33	20,151	,200	,252	,155

Fuente: Elaboración Propia

- a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre elementos. Esto viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Podría desea comprobar las codificaciones de elemento.

**Tabla 7.****Estadísticas de Escala**

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
19,68	21,890	4,679	6

Fuente: Elaboración Propia

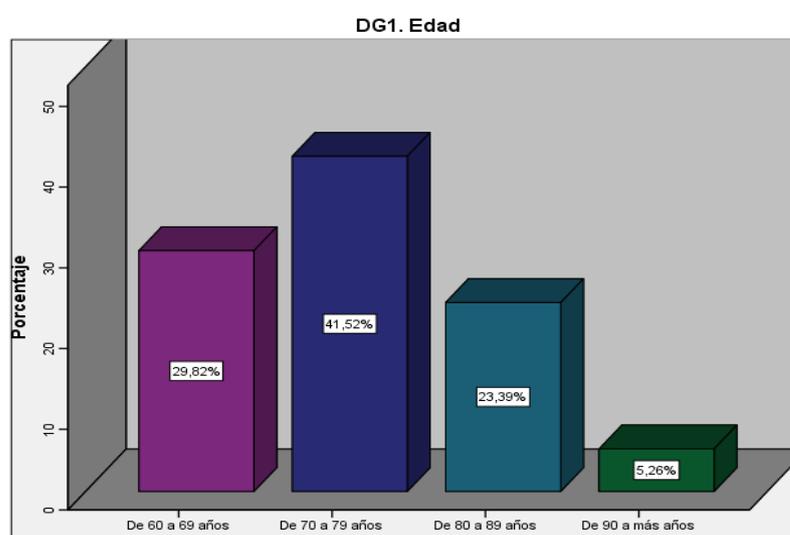
### Tabla de Frecuencia

**Tabla 8.**

DG1. Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 60 a 69 años	51	29,8	29,8	29,8
	De 70 a 79 años	71	41,5	41,5	71,3
	De 80 a 89 años	40	23,4	23,4	94,7
	De 90 a más años	9	5,3	5,3	100,0
	Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 10.** Edad al momento de Ingreso al Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.

### Análisis e Interpretación

El rango de edad con más frecuencia presentado en este estudio se presenta entre los 70 a 79 años, con 71 personas (41%), seguido por el intervalo de 60 a 69 años, con 51 personas (30%) y los 80 a 89 años, con 40 personas (23%), en cambio los adultos mayores de 90 a más años solo equivalen el 5%.

**Tabla 09.**

DG2. Lugar de Nacimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido				
Lima	97	56,7	56,7	56,7
Arequipa	6	3,5	3,5	60,2
Ica	8	4,7	4,7	64,9
Apurímac	3	1,8	1,8	66,7
La Libertad	8	4,7	4,7	71,3
Junín	6	3,5	3,5	74,9
Cajamarca	6	3,5	3,5	78,4
Piura	5	2,9	2,9	81,3
Puno	4	2,3	2,3	83,6
Ancash	9	5,3	5,3	88,9
San Martín	1	,6	,6	89,5
Huánuco	4	2,3	2,3	91,8
Cusco	4	2,3	2,3	94,2
Huancavelica	4	2,3	2,3	96,5
Amazonas	1	,6	,6	97,1
Ayacucho	2	1,2	1,2	98,2
Pasco	1	,6	,6	98,8
Loreto	1	,6	,6	99,4
Alemania	1	,6	,6	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 11.** Lugar de nacimiento de los adultos mayores institucionalizados.**Análisis e Interpretación**

Más del 56% (97 personas) de las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” son procedentes de Lima, encontrándose una extranjera procedente de Alemania.

Tabla 10.

## DG3. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Viudo	15	8,8	8,8	8,8
Casado	19	11,1	11,1	19,9
Soltero	132	77,2	77,2	97,1
Divorciado	5	2,9	2,9	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

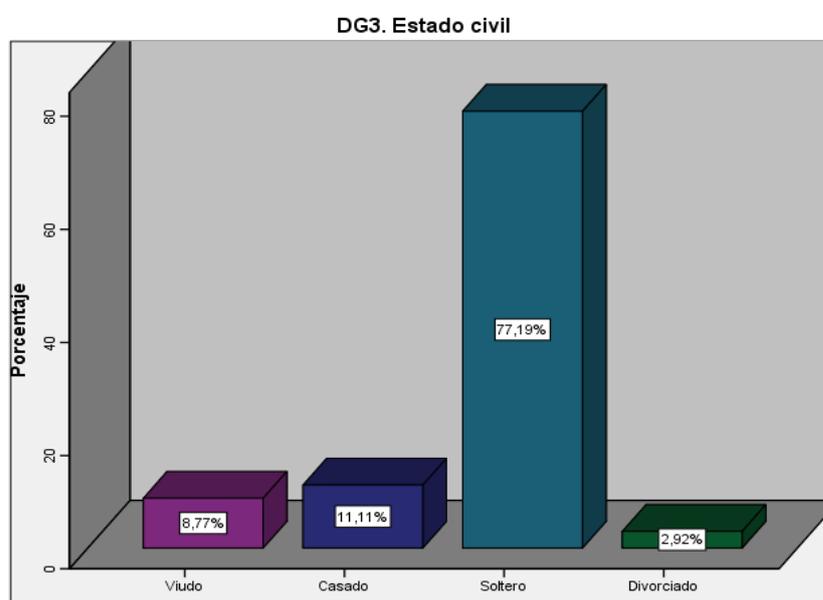


Figura 12. Estado civil de las personas adultos mayores institucionalizadas

**Análisis e interpretación**

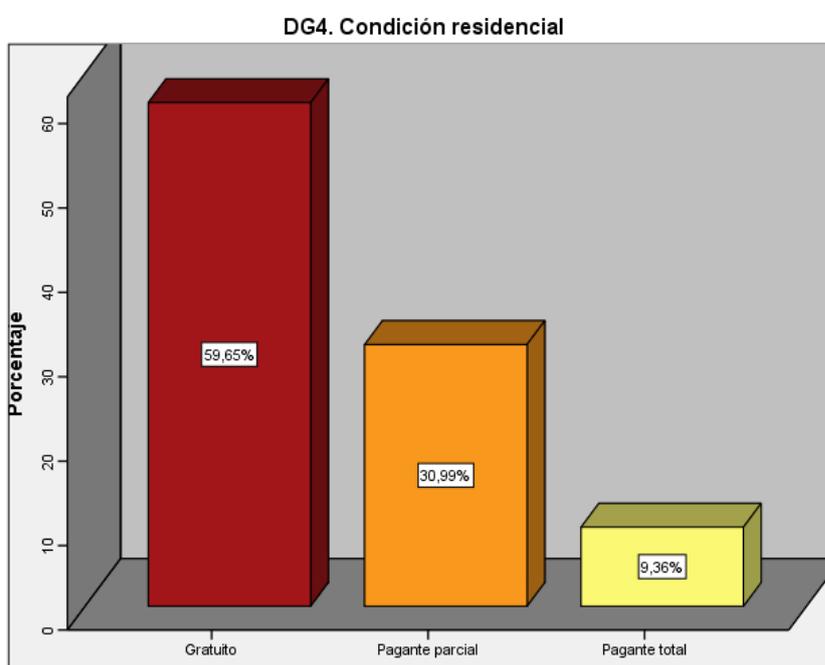
Se puede observar que la población adulta mayor con un alto factor de riesgo para su institucionalización lo constituyen los solteros(as) con un 77,19% (132).

**Tabla 11.**

DG4. Condición Residencial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Gratuito	102	59,6	59,6	59,6
Pagante parcial	53	31,0	31,0	90,6
Pagante total	16	9,4	9,4	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 13.** Condición Residencial**Análisis e interpretación**

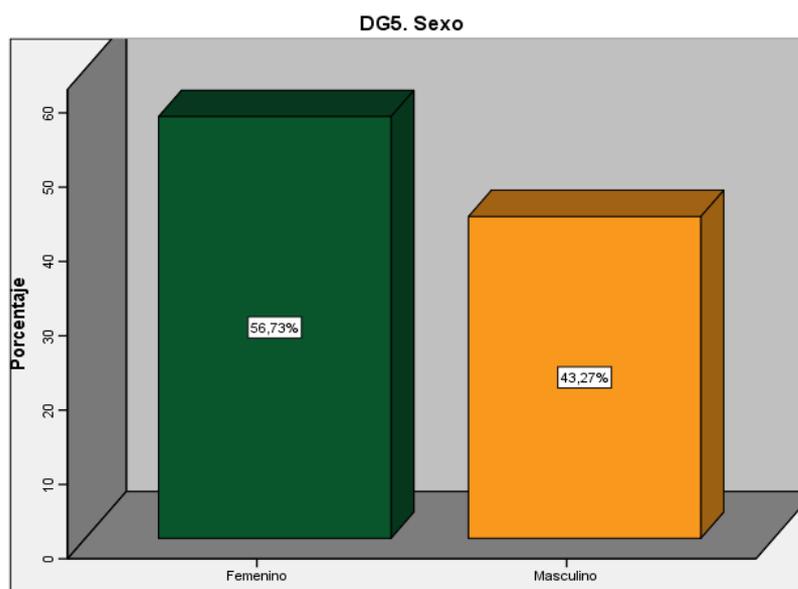
Un factor de riesgo alto para la institucionalización en el Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” lo constituye la falta de recursos económicos, con el 59,65%(102) residentes.

**Tabla 12.**

DG5. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	97	56,7	56,7	56,7
Masculino	74	43,3	43,3	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 14.** Sexo**Análisis e interpretación**

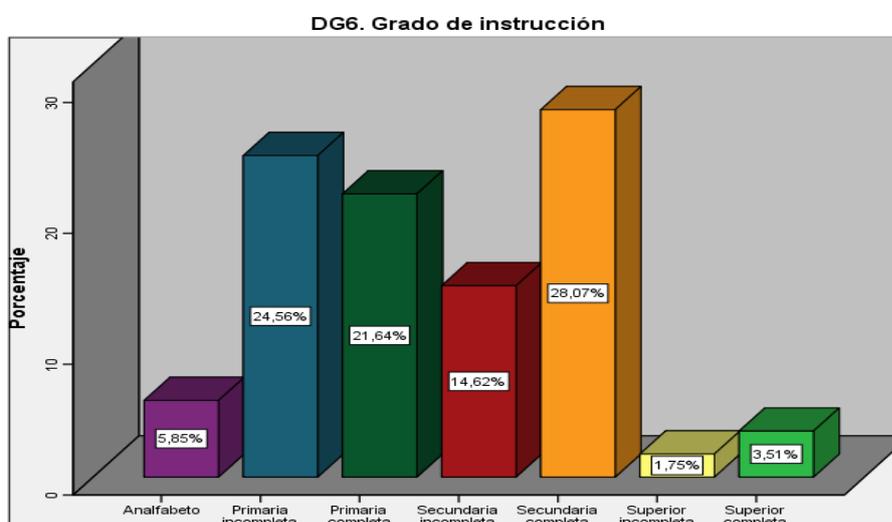
El universo estudiado muestra que el sexo femenino es un factor de riesgo de institucionalización a tomar en cuenta con el 56% (97) albergadas. Esto confirma la tendencia nacional de feminización de la adultez mayor, tal como se señala en los resultados del último Censo 2007.

**Tabla 13.**

DG6. Grado de Instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Analfabeto	10	5,8	5,8	5,8
Primaria incompleta	42	24,6	24,6	30,4
Primaria completa	37	21,6	21,6	52,0
Secundaria incompleta	25	14,6	14,6	66,7
Secundaria completa	48	28,1	28,1	94,7
Superior incompleta	3	1,8	1,8	96,5
Superior completa	6	3,5	3,5	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 15.** Grado de Instrucción**Análisis e interpretación**

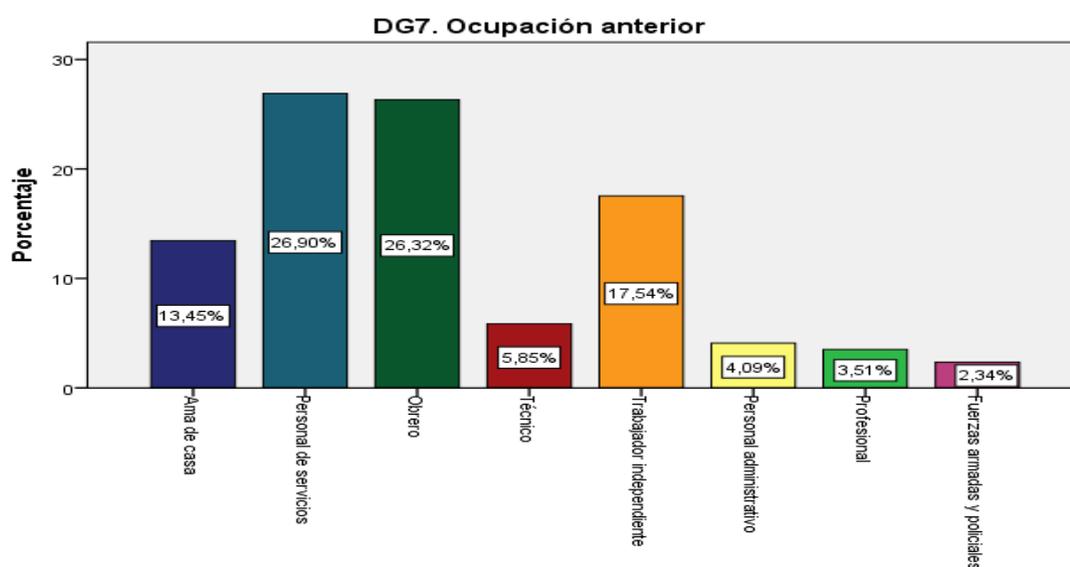
Se puede observar en la tabla y figura, que el nivel de escolaridad más frecuente es el de enseñanza secundaria completa, con 48 personas (28%). El otro rango con mayor frecuencia es el de educación primaria incompleta, siendo 24,56% (42 personas) Esto indica la falta de educación y analfabetismo de los adultos mayores de 60 años a más, por posibles factores como el machismo, situaciones de terrorismo y el rol de la mujer dentro de la sociedad.

**Tabla 14.**

DG7. Ocupación Anterior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ama de casa	23	13,5	13,5	13,5
Personal de servicios	46	26,9	26,9	40,4
Obrero	45	26,3	26,3	66,7
Técnico	10	5,8	5,8	72,5
Trabajador independiente	30	17,5	17,5	90,1
Personal administrativo	7	4,1	4,1	94,2
Profesional	6	3,5	3,5	97,7
Fuerzas armadas y policiales	4	2,3	2,3	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 16.** Ocupación anterior a la institucionalización**Análisis e interpretación**

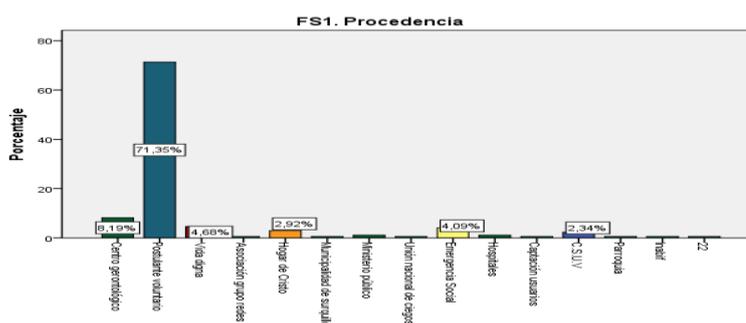
El siguiente gráfico muestra que el 26,9% de residentes laboraron como personal de servicio, el 26,32%, han sido obreros, el 17,54% fueron trabajadores independientes y el 13,45% lo constituyeron las amas de casa, por lo que se puede colegir que las ocupaciones que no generen pensiones de jubilación constituye un serio factor de riesgo para la institucionalización.

**Tabla 15.**

FS1. Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Centro Gerontológico	14	8,2	8,2	8,2
Postulante voluntario	122	71,3	71,3	79,5
Vida digna	8	4,7	4,7	84,2
Asociación grupo redes	1	,6	,6	84,8
Hogar de Cristo	5	2,9	2,9	87,7
Municipalidad de surquillo	1	,6	,6	88,3
Ministerio público	2	1,2	1,2	89,5
Unión nacional de ciegos	1	,6	,6	90,1
Emergencia Social	7	4,1	4,1	94,2
Hospitales	2	1,2	1,2	95,3
Captación usuarios	1	,6	,6	95,9
C.S.U.V	4	2,3	2,3	98,2
Parroquia	1	,6	,6	98,8
INABIF	1	,6	,6	99,4
22	1	,6	,6	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 17.** Procedencia al Centro Residencial “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.**Fuentes:**

C.S.U. V= Centro de Salud Villacampo; 22 = Asociación grupo redes

**Análisis e interpretación**

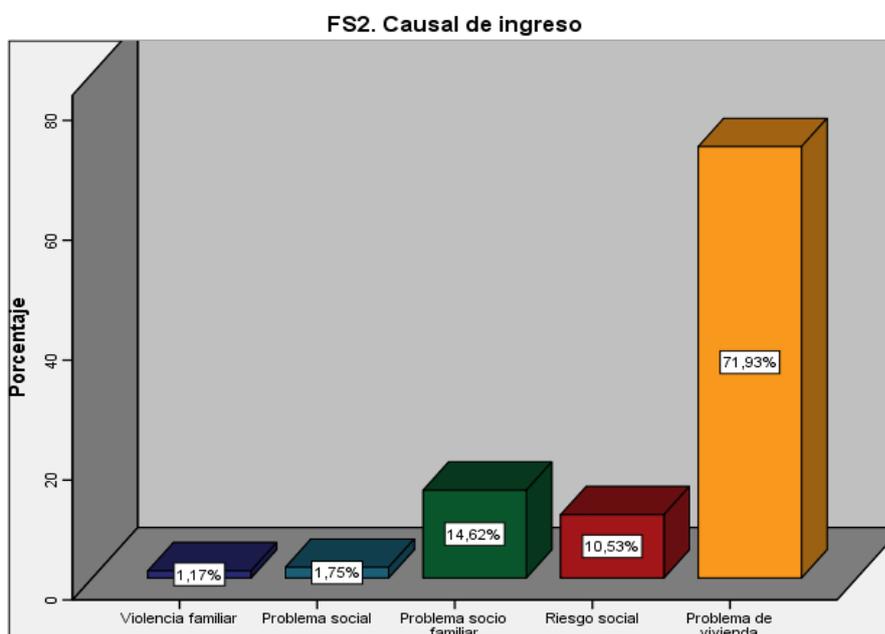
La procedencia en un 71,35% lo constituye el Postulante voluntario, el hecho de que una persona decida trasladarse a un albergue de adultos mayores tiene distintos motivos como: La falta de vivienda, el maltrato familiar, la falta de empleo y no contar con una pensión por jubilación constituyen un factor de riesgo preponderante en la institucionalización.

**Tabla 16.**

FS2. Causal de Ingreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Violencia familiar	2	1,2	1,2	1,2
Problema social	3	1,8	1,8	2,9
Problema socio familiar	25	14,6	14,6	17,5
Riesgo social	18	10,5	10,5	28,1
Problema de vivienda	123	71,9	71,9	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 18.** Causal de Ingreso al Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.

### **Análisis e Interpretación**

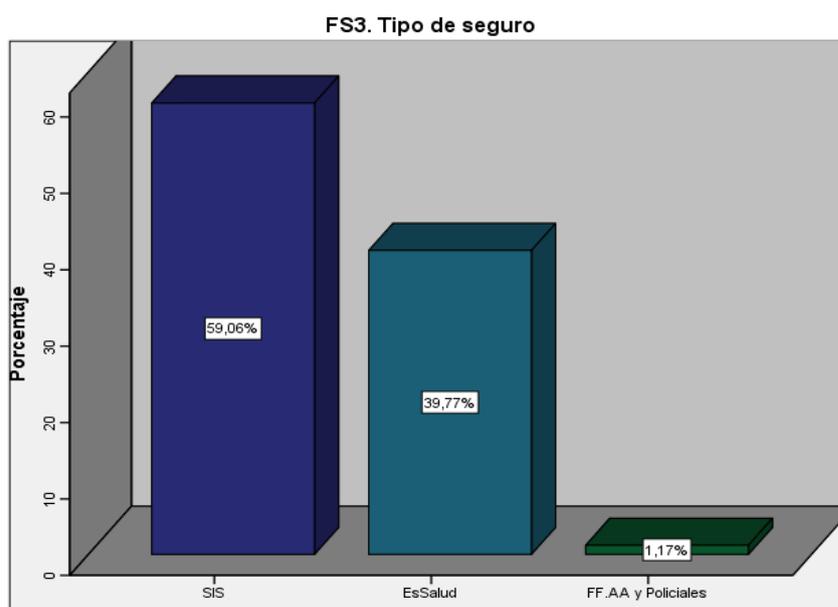
Otro factor de riesgo importante para la institucionalización lo constituyeron los problemas de vivienda con el 71,93% (123) residentes y los problemas socio – familiares con el 14.62% (25) residentes.

**Tabla 17.**

FS3. Tipo de Seguro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SIS	101	59,1	59,1	59,1
EsSalud	68	39,8	39,8	98,8
FF.AA y Policiales	2	1,2	1,2	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

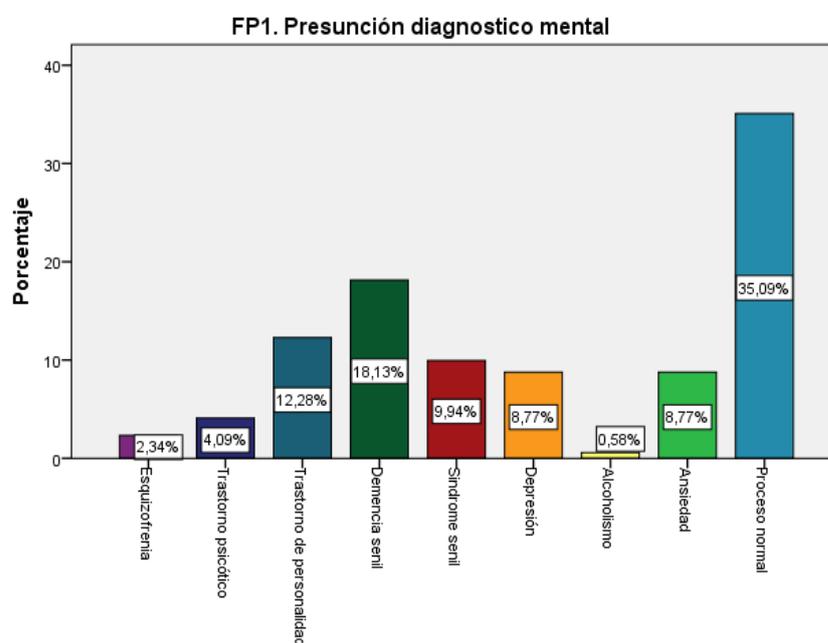
**Figura 19.** Tipo de seguro**Análisis e Interpretación**

Las necesidades de salud y la falta de cobertura social constituyeron factores de riesgo en la institucionalización de residentes. El 59% de los residentes no contaban con seguro social hasta que el gobierno cubrió esa necesidad con el sistema integral de salud (SIS).

**Tabla 18.****FP1. Presunción Diagnostico Mental**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Esquizofrenia	4	2,3	2,3	2,3
Trastorno psicótico	7	4,1	4,1	6,4
Trastorno de personalidad	21	12,3	12,3	18,7
Demencia senil	31	18,1	18,1	36,8
Síndrome senil	17	9,9	9,9	46,8
Depresión	15	8,8	8,8	55,6
Alcoholismo	1	,6	,6	56,1
Ansiedad	15	8,8	8,8	64,9
Proceso normal	60	35,1	35,1	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 20.** Presunción Diagnostico Mental**Análisis e Interpretación**

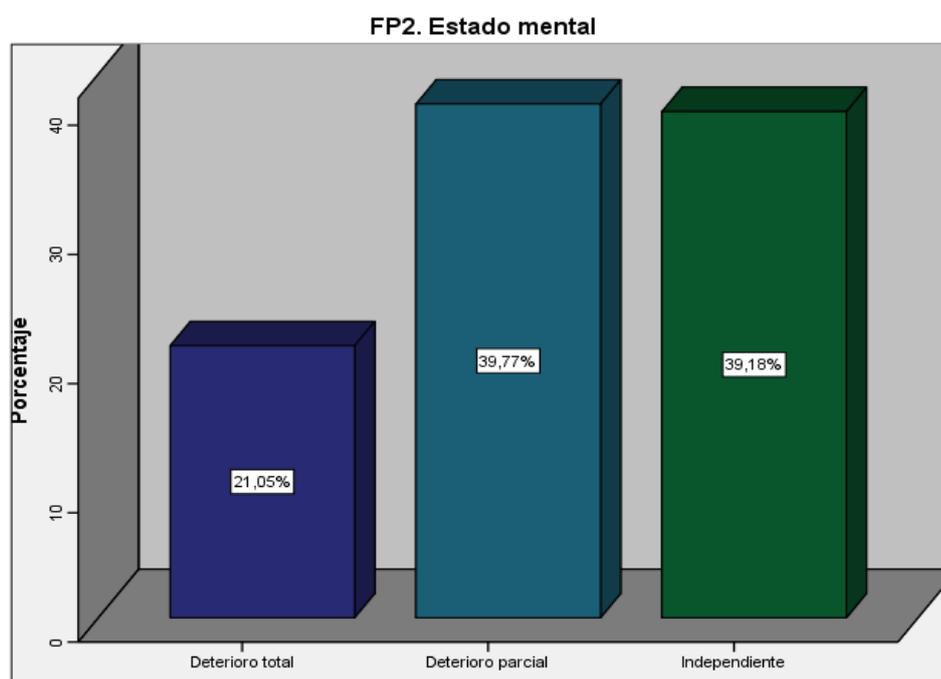
Las enfermedades mentales constituyen otro factor de riesgo en la institucionalización, con el 65% de la muestra encontrándose que los residentes cuentan con algún grado de alteraciones mentales y el 35% gozan de un adecuado envejecimiento mental Normal.

**Tabla 19.**

FP2. Estado Mental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deterioro total	36	21,1	21,1	21,1
Deterioro parcial	68	39,8	39,8	60,8
Independiente	67	39,2	39,2	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 21.** Estado Mental**Análisis e Interpretación**

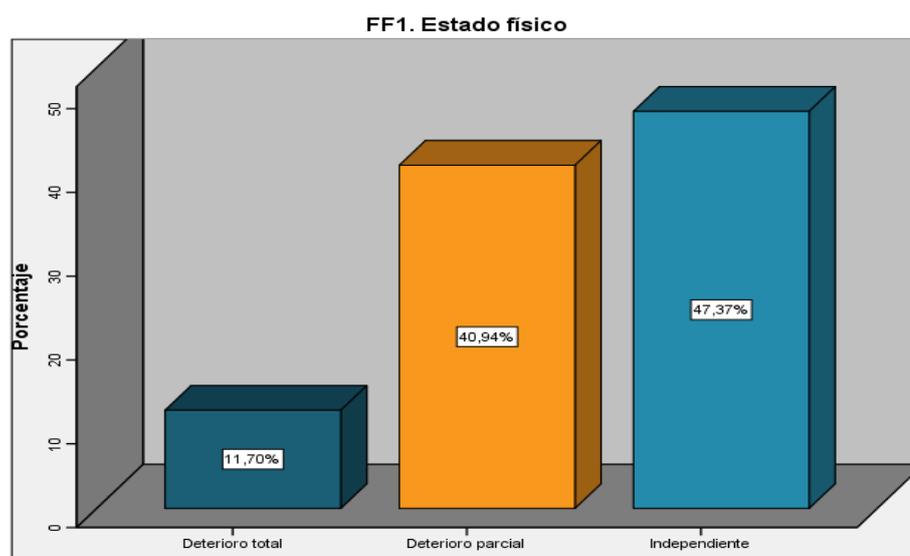
El 40% y el 39% de las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” tienen respectivamente como estado mental deterioro parcial e independiente.

**Tabla 20.**

FP3. Estado Físico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deterioro total	20	11,7	11,7	11,7
Deterioro parcial	70	40,9	40,9	52,6
Independiente	81	47,4	47,4	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 22.** Estado Físico**Análisis e interpretación**

El 47% de la población adulta mayor institucionalizada muestra ser independiente, según el índice de KATZ y el 41% cuenta con deterioro parcial.

**Tabla 21.**

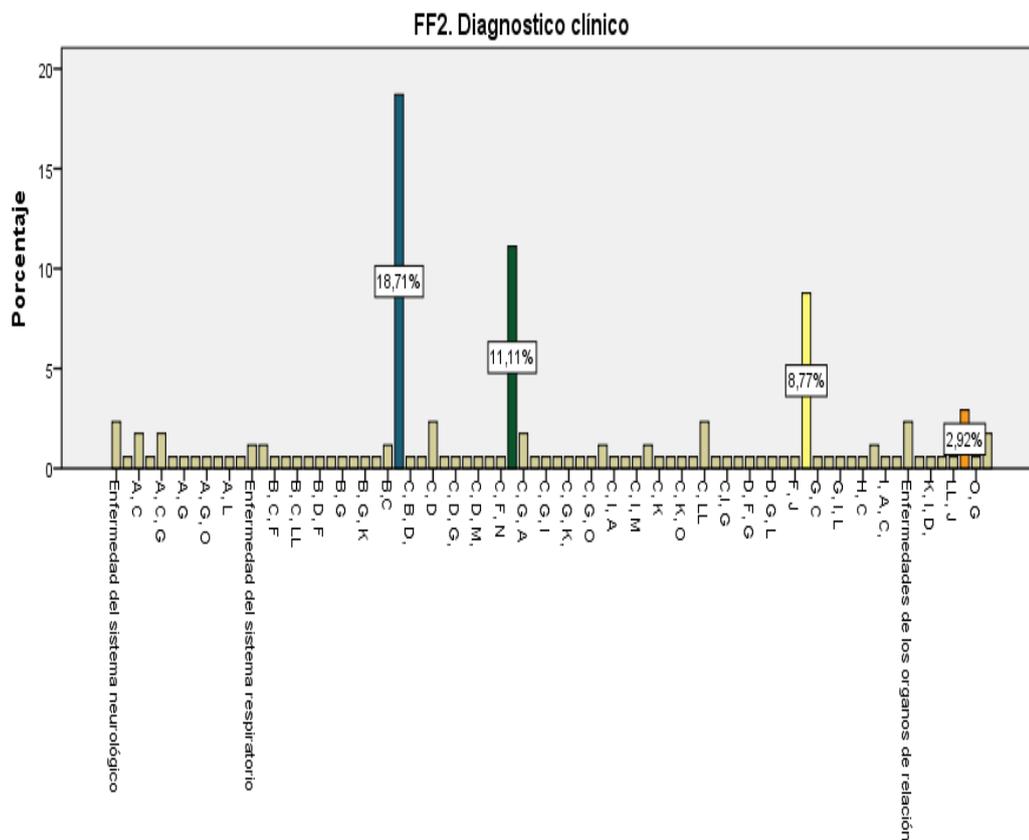
## FP4. Diagnóstico Clínico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Enfermedad del Sistema Neurológico	4	2,3	2,3	2,3
A, B, C,	1	,6	,6	2,9
A, C	3	1,8	1,8	4,7
A, C, D,	1	,6	,6	5,3
A, C, G	3	1,8	1,8	7,0
A, F, D	1	,6	,6	7,6
A, G	1	,6	,6	8,2
A, G, F	1	,6	,6	8,8
A, G, O	1	,6	,6	9,4
A, K	1	,6	,6	9,9
A, L	1	,6	,6	10,5
A,G,C,G,	1	,6	,6	11,1
Enfermedad del Sistema Respiratorio	2	1,2	1,2	12,3
B, C	2	1,2	1,2	13,5
B, C, F	1	,6	,6	14,0
B, C, I	1	,6	,6	14,6
B, C, LL	1	,6	,6	15,2
B, D	1	,6	,6	15,8
B, D, F	1	,6	,6	16,4
B, F, G	1	,6	,6	17,0
B, G	1	,6	,6	17,5
B, G, I	1	,6	,6	18,1
B, G, K	1	,6	,6	18,7

B, M	1	,6	,6	19,3
B,C	2	1,2	1,2	20,5
Enfermedad del Sistema Cardiológico	32	18,7	18,7	39,2
C, B, D,	1	,6	,6	39,8
C, B, G	1	,6	,6	40,4
C, D	4	2,3	2,3	42,7
C, D, F	1	,6	,6	43,3
C, D, G,	1	,6	,6	43,9
C, D, I	1	,6	,6	44,4
C, D, M,	1	,6	,6	45,0
C, F	1	,6	,6	45,6
C, F, N	1	,6	,6	46,2
C, G	19	11,1	11,1	57,3
C, G, A	3	1,8	1,8	59,1
C, G, D	1	,6	,6	59,6
C, G, I	1	,6	,6	60,2
C, G, J	1	,6	,6	60,8
C, G, K,	1	,6	,6	61,4
C, G, LL	1	,6	,6	62,0
C, G, O	1	,6	,6	62,6
C, I	2	1,2	1,2	63,7
C, I, A	1	,6	,6	64,3
C, I, K	1	,6	,6	64,9
C, I, M	1	,6	,6	65,5
C, J	2	1,2	1,2	66,7
C, K	1	,6	,6	67,3
C, K, G	1	,6	,6	67,8
C, K, O	1	,6	,6	68,4
C, L, F	1	,6	,6	69,0
C, LL	4	2,3	2,3	71,3
C,G, LL	1	,6	,6	71,9
C,I, G	1	,6	,6	72,5
Enfermedad del Sistema Digestivo	1	,6	,6	73,1
D, F, G	1	,6	,6	73,7
D, G	1	,6	,6	74,3
D, G, L	1	,6	,6	74,9
F, G	1	,6	,6	75,4
F, J	1	,6	,6	76,0

Enfermedad del Sistema Osteomuscular	15	8,8	8,8	84,8
G, C	1	,6	,6	85,4
G, C, F	1	,6	,6	86,0
G, I, L	1	,6	,6	86,5
G, I, O	1	,6	,6	87,1
H, C	1	,6	,6	87,7
Enfermedades Endocrinológicas	2	1,2	1,2	88,9
I, A, C,	1	,6	,6	89,5
I,L, LL	1	,6	,6	90,1
Enfermedades de los órganos de relación	4	2,3	2,3	92,4
K, EDA	1	,6	,6	93,0
K, I, D,	1	,6	,6	93,6
L, D, C,	1	,6	,6	94,2
LL, J	1	,6	,6	94,7
Enfermedades Psiquiátricas	5	2,9	2,9	97,7
O, G	1	,6	,6	98,2
Sano	3	1,8	1,8	100,0
Total	171	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 23.** Diagnóstico Clínico

**Fuente:**

- |   |  |
|---|--|
| A = Enfermedad del sistema neurológico        | J = Enfermedades inmunológicas                 |
| B = Enfermedad del sistema respiratorio       | K = Enfermedades de los órganos de relación    |
| C = Enfermedad del sistema cardiológico       | L = Enfermedades Hematopoyéticos               |
| D = Enfermedad del sistema digestivo          | LL= Enfermedades nutricionales                 |
| E = Enfermedad del sistema renal              | M = Trastornos Bioquímicos                     |
| F = Enfermedad del sistema genito<br>urinario | N = Enfermedades Infecciosas y<br>parasitarias |
| G = Enfermedad del sistema<br>osteomuscular   | O = Enfermedades Psiquiátricas                 |
| H = Enfermedad de la piel                     | P = Sano                                       |
| I = Enfermedades endocrinológicas             |  |

**Análisis e interpretación**

Las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” tienen diagnóstico clínico enfermedad del sistema cardiológico 18.7%; enfermedad del sistema respiratorio y enfermedad del sistema osteomuscular 11,1%, enfermedad del sistema osteomuscular 8,8% y enfermedades psiquiátricas 3%.

### 3.2. Conclusiones

A.- Los factores socioeconómicos, familiares y personales más significativos, agrupados de mayor a menor, que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores, en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, encontrados en el presente estudio, son:

- a) Soltería: 77,19%, 132 residentes mayormente de sexo femenino 56%, 97 albergadas, confirmándose una vez más, la tendencia nacional de feminización de la adultez mayor, tal como se señala en los resultados del último Censo del 2007.
- b) Problemas de vivienda: 71,93%, 123 residentes
- c) Ingreso voluntario: 71,35% de la muestra, obligado por su situación, correspondiente a los ítems anteriormente citados.
- d) Edad: 71%, 122 personas entre 60 a 79, mayor incidencia en el rango de 70 a 79 años, 71 personas (41%).
- e) Enfermedades mentales/trastornos de personalidad: 64.9%, el deterioro mental ocurre en el 60.8% de los mismos.
- f) Falta de recursos económicos: 59,65%, 102 residentes.
- g) Necesidades de salud y falta de cobertura social: 59%, que en la actualidad ha sido parcialmente cubierta con la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS).
- h) Ocupaciones que no generan pensión de jubilación (Ama de casa, trabajadoras del hogar, personal de servicios, trabajadores independientes): 57.9%, 99 residentes.
- i) Lugar de nacimiento, más del 56%, 97 personas adultas mayores proceden de Lima, (ingresan por la ubicación del Centro de Atención Residencial “Ignacia R. Vda. de Canevaro” en el Distrito del Rímac, Departamento de Lima).
- j) Deterioro físico total/parcial: 52.6%, 90 residentes.
- k) Niveles de Instrucción: A menor instrucción, mayor riesgo de institucionalización.
- Analfabetos, instrucción primaria completa/incompleta: 52.3%, 89 residentes.

- Instrucción secundaria completa/incompleta: 42.7%, 53 residentes.
- Superior completa/incompleta: 4.9%, 9 residentes.
- l) Estado de salud: La patología más frecuente en los residentes corresponden a enfermedades del sistema cardiovascular y osteo-muscular 27.5%, 47 residentes

B.- Los factores que incidieron en la institucionalización de la persona adulta mayor encontrados en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” y que, por tanto, conforman un perfil de riesgo de institucionalización para las personas adultas mayores de la comunidad, son los siguientes:

Persona soltera, mayormente de sexo femenino, entre 70 y 79 años de edad, niveles de instrucción de analfabeto a primaria, su ocupación no generó pensión de jubilación, con problemas de vivienda, económicos, de salud mental, física, mayormente enferma del corazón y/o sistema osteoarticular, que necesita y postula al Centro Residencial por voluntad propia.

C.- Es importante resaltar lo siguiente:

- Los ingresos al Centro Residencial por problemas socio-familiares son del orden del 14.62%, 25 residentes, violencia familiar 1.2%, 02 residentes. Niveles mucho más bajos de lo que comúnmente se reportan.

### **3.3. Recomendaciones**

Desde punto de vista gerontológico: El núcleo familiar es el llamado a mantener en su seno a la persona adulta mayor el mayor tiempo posible. La Institucionalización es el último recurso que tiene la persona adulta mayor que carece de familia, vivienda, precariedad económica, riesgo social y/o presenta pérdida de la autonomía o enfermedades que le impidan valerse por sí mismo. En esta dirección las instituciones del estado deben apoyar desde el ámbito de su competencia en la satisfacción de las necesidades de la persona adulta mayor como, por ejemplo:

- a) Si bien existe el programa “Pensión 65”, se considera de vital importancia que dicho programa se refuerce y se oriente a una pensión de vejez para aquellas personas cuya vida laboral no tienen un justiprecio ni generaron pensión de jubilación.
- b) Los problemas de vivienda deben atacarse con políticas públicas que aseguren, con el paso de los años “la casa propia”.
- c) El presupuesto asignado para el Ministerio de Educación debe poner mayor énfasis para combatir el analfabetismo e incentivar niveles de instrucción mayor y mejor para la población principalmente desprotegida.
- d) El Sistema Integral de Salud debe asegurar la atención inmediata, oportuna y eficiente, especialmente a las personas de mayor edad, los niños y las madres gestantes.
- e) El establecimiento de políticas públicas para el desarrollo de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud a fin de que la población realice un envejecimiento activo, productivo, saludable y digno con entornos saludables.
- f) Establecer lineamientos de atención y de formación en desarrollo humano a la población, a fin de erradicar la violencia y el maltrato a las personas.
- g) Entre otras medidas.

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 02

## REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE LA SBLM

		PÁG. 2	
<b>II. VALORACIÓN GERIÁTRICA</b>			
<b>2.1 ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)</b>		<b>COLOCAR 1 PUNTO POR CADA ERROR</b>	
¿Cuál es la fecha de hoy?( día, mes y año)		<b>Valoración Cognitiva</b> <b>NORMAL</b> <b>DC LEVE</b> <b>DC MODERADO</b> <b>DC SEVERO</b> <b>DC Deterioro Cognitivo</b>  Nivel educativo bajo: se admite 1 error más. Nivel educativo alto: se admite un error menos. DC: Deterioro cognitivo E : Errores - No deterioro cognitivo : 0 a 2 E - Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 E - Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 E - Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 E	
¿Qué día de la semana es?			
¿En que lugar estamos? (Vale cualquier)			
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?			
¿Cuántos años tiene?			
¿Dónde nació?			
¿Cuál es el nombre del actual presidente del Perú?			
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?			
Dígame el primer apellido de su madre			
Restar de 3 en 3 desde 30(cualquier error hace errónea la respuesta)			
<b>2.2. ESTADO AFECTIVO</b>			
¿Está usted satisfecho con su vida?		Colara (X) si corresponde	
¿Se siente impotente o aburrido?			
¿Tiene problemas con su memoria?		SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS	
¿Se siente desganado o se siente imposibilitado respecto a actividades de interés?		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O MÁS PUNTOS)	
<b>III. VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</b>			
<b>PTOS</b>	<b>1.- SITUACION FAMILIAR</b>	<b>PTO</b>	<b>2.- SITUACION ECONOMICA</b>
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.
3	Vive con conyugue de similar edad.	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo, tiene hijos con vivienda propia	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo, carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero).	5	Sin pensión, sin otros ingresos.
<b>PTOS</b>	<b>3.- VIVIENDA</b>	<b>PTO</b>	<b>4.- RELACIONES SOCIALES</b>
1	Adecuada a las necesidades.	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (piso irregular, gradas, Etc.)	2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado, etc.	3	Relación social solo con familia
4	Vivienda semi construido de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visita de familia
5	Asentamiento humano o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visita
<b>PTOS</b>	<b>5.- APOYO DE LA RED SOCIAL (CIAM, CAM, CLUBES, ETC.)</b>	<b>VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR</b>	
1	No necesita apoyo	5 a 9 puntos	Bueno/ aceptable situación social
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	10 a 14 puntos	Existe riesgo social
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de esté o voluntariado social.	Mayor de 15 puntos	Existe problema social
4	No cuenta con seguro social.		
5	Situación de abandono familiar		
APELLIDOS Y NOMBRES:		VGIN	







<p>FS2. Causal de ingreso</p>	<p>1 = Violencia familiar                  2 = Problema social                  3 = Problema socio familiar                  4 = Riesgo social                  5 = Problema de vivienda</p>																	
<p>FS3. Tipo de seguro</p>	<p>1 = SIS                  2 = EsSalud                  3 = FF.AA y Policiales</p>																	
<p>FP1. Presunción diagnostico mental</p>	<p>1 = Esquizofrenia                  2 = Trastorno psicótico                  3 = Trastorno de personalidad                  4 = Demencia senil                  5 = Síndrome senil                  6 = Depresión                  7 = Alcoholismo                  8 = Ansiedad                  9 = Proceso normal</p>																	
<p>FP2. Estado mental</p>	<p>1 = Deterioro total                  2 = Deterioro parcial                  3 = Independiente</p>																	
<p>FF1. Estado físico</p>	<p>1 = Deterioro total                  2 = Deterioro parcial                  3 = Independiente</p>																	
	<p>A = Enfermedad del sistema neurológico                  B = Enfermedad del sistema respiratorio                  C = Enfermedad del sistema cardiológico                  D = Enfermedad del sistema digestivo                  E = Enfermedad del sistema renal</p>																	

FF2. Diagnóstico clínico	F = Enfermedad del sistema genito urinario G = Enfermedad del sistema osteomuscular H = Enfermedad de la piel I = Enfermedades endocrinológicas J = Enfermedades inmunológicas K = Enfermedades de los órganos de relación L = Enfermedades Hematopoyéticos LL = Enfermedades nutricionales M = Trastornos Bioquímicos N = Enfermedades Infecciosas y parasitarias O = Enfermedades Psiquiátricas P = Sano																					
-----------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Matriz de Consistencia

Titulo	Problema (Preguntas)	Objetivos	Marco Teórico	Hipótesis	Operacionalización			Metodología
					Variable	Indicadores	Escala	
Factores que Inciden en la Institucionalización de las Personas Adultas Mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” 2017	<p><b>General</b> ¿Cuáles son los factores que inciden en la institucionalización de las personas adultas mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” 2017?</p> <p><b>Específicos</b> a. De qué manera los factores Socioeconómicos inciden en la institucionalización de las Personas Adultas</p>	<p><b>General</b> Caracterizar los Factores que inciden en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores del Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” 2017.</p> <p><b>Específicos</b> a. Caracterizar los Factores Socioeconómicos que inciden en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores. b. Caracterizar los factores Familiar que</p>	<p>1. Antecedentes de la Investigación</p> <p>2. Bases Teóricas</p> <p>3. Envejecimiento de la población</p> <p>4. Persona Adulta Mayor y Envejecimiento</p>	<p><b>General</b> Los principales factores que podrían incidir en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores en el Centro Residencial “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” son los Socioeconómicos, Familiares y Personales.</p>	<p><b>Variable</b> Factores que Inciden en la Institucionalización</p>	<p>Socioeconómico</p> <p>Familiar</p> <p>Personal</p>	<p>Ordinal .....</p>	<p><b>Diseño de investigación</b></p> <p><b>Tipo:</b> Aplicada</p> <p><b>Nivel:</b> Descriptiva</p> <p><b>Diseño por objetivos</b></p> <p><b>Población,</b> 308 personas</p> <p><b>Muestra</b> 171 personas</p>

	<p>Mayores?</p> <p>b. ¿De qué manera los Factores Familiares inciden en la Institucionalización de las Personas Adultas Mayores?</p> <p>c. ¿De qué manera los Factores Personales inciden en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores?</p>	<p>inciden en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>c. Caracterizar los factores Personales que inciden en la institucionalización de las Personas Adultas Mayores.</p>	<p>5. Servicios de atención a los adultos mayores en el Perú.</p> <p>6. Situación laboral y protección social en el Perú</p>				<p>adultas mayores</p> <p><b>Técnicas:</b> Observación</p> <p><b>Métricas Estadísticas:</b></p> <p>Fichas, Escalas de valoración geriátrica integral.</p>
--	---	---	--	--	--	--	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.****Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Gerontología**

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“FACTORES QUE INCIDEN EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL CENTRO RESIDENCIAL IGNACIA RODULFO VDA. DE CANEVARO - 2017”**

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza de que la información recogida en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además, confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Fecha: 06 de agosto de 2016

Firma:

DNI:

## REFERENCIAS

Anzola & Pèrez & Galinsky & Martinez. (1999). La Atención de los Ancianos; un desafío para los años noventa. Publicación Científica, 156-158.

Buendía y Riquelme. (2005). Residencia para mayores: ¿Solución o problema? buenos aires - Argentina.

INEI. (julio de 2017). [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02\\_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf). Recuperado el 26 de febrero de 2017, de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02\\_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf): [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02\\_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf)

INEI. (2017). Situación de la Población Adulta Mayor. Lima, Perú.

OMS. (setiembre de 2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>. Recuperado el 26 de febrero de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Polaino-Lorente, Aquilino, Coaut. (1990). Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica / A. Polaino ... [et al.]. Revista española de geriatría y gerontología. ISSN 0211-139x. n. 2, p. 83-88.