



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE
TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO
2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**PRESENTADO POR: JANETH ELIZABETH GARCÍA MISAJEL
ICA- PERÚ**

2016

DEDICATORIA

A MIS QUERIDOS PADRE:

Quienes me han alimentado con su amor, confianza y cariño, por estar apoyándome siempre. Por creer en mí y darme la oportunidad de realizarme en esta profesión.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

Por haberme permitido llegar a este punto con salud para lograr mis objetivos.

A MI FAMILIA:

Por el apoyo incondicional, por la confianza depositada en mí, por su sacrificio, por ser mi principal motivación, para la culminación de mis objetivos.

Finalmente, a los **ADULTOS MAYORES** que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle por su colaboración y paciencia durante la investigación.

RESUMEN

La investigación titulada “Condición socio familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle, Ica marzo 2016” de diseño descriptivo y de corte transversal, la muestra fue de 117 adultos mayores. Los resultados respecto a la variable Condición socio-familiar: En las edades de 60 a 69 años, el 23% tiene condición socio-familiar buena, el 17% existe riesgo social y en el 2% existe problema social; de 70 a 79 años, el 25% existe riesgo social, el 5% tiene problema social y un igual porcentaje de 5% tiene una condición socio-familiar buena, de 80 años a más, el 19% presenta riesgo social el 3% existe problema social y el 1% condición socio-familiar buena; el sexo masculino en 17% existe riesgo social, el 10% condición socio-familiar buena y 3% existe problema social; el sexo femenino, el 44% tiene riesgo social, el 19% condición socio-familiar buena y el 7% presenta problema social; según el estado civil soltero, el 2% tiene problema social y el 1% condición socio-familiar buena, el estado civil casado, el 25% tiene riesgo social, el 17% condición socio-familiar buena y el 4% existe problema social; en viudo, el 28% existe riesgo social, el 4% tiene problema social y otro igual porcentaje de 4% buena condición socio-familiar, en divorciado, el 8% tiene riesgo social y el 7% condición socio-familiar buena; procedencia de la Costa, 27% tiene riesgo social, 18% condición socio-familiar buena y 4% existe problema social; procedencia de la Sierra, 32% existe riesgo social, 9% condición socio-familiar buena y 6% existe problema social, finalmente en la procedencia de la Selva, el 2% existe riesgo y otro igual porcentaje de 2% tiene condición socio-familiar buena; obteniéndose un consolidado global que la condición socio familiar de los adultos mayores que asisten al P.S Pasaje Tinguíña Valle, el 61% existe riesgo social, 29% condición socio-familiar buena y el 10% de los adultos mayores existe problema social.

Palabras clave: **Condición socio-familiar, adultos mayores, riesgo social.**

ABSTRACT

The research entitled "Family member Condition of seniors who attend the Health Passage since Tinguiña Valley, Ica March 2016" descriptive and cross-sectional design, the sample was 117 seniors. The results regarding the variable socio-familiar Condition: In the ages of 60 to 69 years, 23% have good social and family status, 17% social risk exists and 2% social problem exists; 70 to 79 years, 25% there is social risk, 5% have social problem and an equal percentage of 5% has a good social and family status, 80 years later, 19% have social risk 3% exists social problem and 1% socio-familiar good; male in 17% there is social risk, 10% good socio-family and social problem exists 3%; females, 44% have social risk, 19% socio-familial good and 7% have social problem; as the single marital status, 2% have social problem and 1% good socio-familial status, marital status married, 25% have social risk, 17% socio-familial good and 4% exists social problem; widower, 28% there is social risk, 4% have social problem and another equal percentage of 4% good social and family condition, divorced, 8% have social risk and 7% good social and family status; Coast origin, 27% have social risk, 18% good social and family status and social problem exists 4%; origin of the Sierra, 32% there is social risk, 9% good socio-familial status and 6% exists social problem, finally on the origin of the Silva, 2% there is a risk and another equal percentage of 2% have socio-familial good; obtaining a global consolidated that family partner of seniors who attend the P.S Tinguiña Pasaje Valle, 61% condition exists social risk, 29% good socio-family and 10% of older adults social problem exists.

Keywords: Condition socio-family, seniors, social risk.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general	13
1.2.2 Problemas específicos	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4. Justificación del estudio	13
1.5. Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	16
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Definición de términos	34
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	36

2.5.1. Definición conceptual de la variable	36
2.5.2 Definición operacional de la variable	36
2.5.3 Operacionalización de la variable.	37
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	57
Matriz	58
Instrumento	60

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	TABLA Y GRÁFICO	Pág.
1	EDAD Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016	43
2	SEXO Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016.	44
3	ESTADO CIVIL Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016	45
4	PROCEDENCIA Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016	46
5	VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016	47

INTRODUCCIÓN

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel directamente productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque no siempre logran obtener un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente saludable y con los apoyos necesarios para mantener la funcionalidad. La importancia de la investigación está en que es un tema de estudio de suma importancia social, el cual busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, sustenta la importancia del abordaje interdisciplinario y la valoración del adulto mayor, lo cual implica evaluarlo desde los aspectos físico, funcional, mental y social, con el propósito de identificar tempranamente modificaciones y alteraciones en su estado de salud.¹

El envejecimiento es un proceso universal que al parecer afecta a todos los seres humanos, el mismo está concebido como una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible.

Investigaciones realizadas en México, muestran que el 11.8% de los adultos mayores recibe apoyo familiar y el restante 88% no recibe ningún tipo de ayuda, según los grupos de edad el 33% tenían entre 60 y 64 años, el 24% entre 65 y 69 años, el 18% estaba en las edades de 70 a 74 años, el 12% de 75 a 79 años y el

13% eran los de 80 y más años. El 49% de la muestra estuvo constituido por hombres y el 51% por mujeres.²

En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010. Asimismo, las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales. Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social. En este contexto de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez para que continúen siendo actores sociales importante en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres.

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable, es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la

escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país.

El porcentaje de personas adultas mayores que accedió a algún tipo de seguro de salud y alcanzó el 68%, mientras que el 32% no contó con ninguna cobertura. El Programa Pensión 65, durante el año 2013 ha previsto la ampliación de cobertura a 290,000 personas adultas mayores. El Programa Nacional Vida Digna tiene como meta atender al 2016 a 1,050 personas adultas mayores en situación de abandono, con una mayor cobertura a nivel nacional empezando por Lima (450 beneficiarios y en Ica, Arequipa, Huancayo, Tacna, Huaraz e Iquitos, 100 beneficiarios en cada región.³

En vista de lo antes planteado, motiva a realizar a investigación para valorar el aspecto socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud de Pasaje Tinguña Valle.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la valoración de la condición socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguña Valle, Ica marzo 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE1: ¿Cuál es la condición socio-familiar según edad de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguña Valle?

PE2: ¿Cuál es la condición socio-familiar según sexo de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle?

PE3: ¿Cuál es la condición socio-familiar según estado civil de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle?

PE4: ¿Cuál es la condición socio-familiar según procedencia de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle?

PE5: ¿Cuál es la condición socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la valoración de la condición socio familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle, Ica marzo 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo específico 1:

Identificarla condición socio-familiar según edad de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle.

Objetivo específico 2:

Conocerla condición socio-familiar según sexo de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle.

Objetivo específico 3:

Precisar la condición socio-familiar según estado civil de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle.

Objetivo específico 4:

Saber la condición socio-familiar según procedencia de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle.

Objetivo específico 5:

Determinar la valoración socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicaciones económicas y sociales; así mismo, la población adulta mayor ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la mayor presencia en ella de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras.

La investigación cobra importancia porque la condición social juega un papel importante en el proceso de envejecimiento, todo ello asociado a otros factores estilos de vida, redes familiares, entre otros.

Se considera importante evaluar el estado social del anciano, porque estos se asocian a los cambios del envejecimiento, cuya principal característica es la limitación de la capacidad de

adaptación, conllevando a mayor riesgo de presentar enfermedades especialmente de carácter crónico degenerativo.

Es relevante para el profesional de enfermería porque durante la evaluación al adulto mayor podrá obtener información respecto a su estado social del adulto mayor, por lo consiguiente se podrá diseñar intervenciones correctivas y evaluar la efectividad de las mismas, de este modo se estará contribuyendo a mejorar la calidad de vida de este grupo etéreo poblacional.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación solo servirán para poblaciones similares al estudio en adultos mayores que asisten a los puestos de salud de la comunidad iqueña.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ibarra Quintana A. (2014) Tipología familiar y grado de riesgo socio-familiar en adultos mayores de 65 años con retinopatía diabética que acuden a la consulta externa de medicina familiar. Toluca, Estado de México. El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal. Resultados: De acuerdo a su estructura familiar, del total de pacientes se encontró que el 45.5% corresponden a una familia de tipo extensa, el 35% a una familia múltiple, el 18% pertenecen a una familiar nuclear y el 1.5% a una familia seminuclear, sin identificarse familias extensas de tipo compuestas ni modificadas. El grado de riesgo sociofamiliar bajo fue el más frecuente en todos los tipos familiares (52%), aunque en el tipo familiar nuclear el riesgo bajo mostró una frecuencia prácticamente igual que el riesgo alto (7% y 8% respectivamente). El riesgo socio-familiar medio se encontró en el 32% del total de familias, con una frecuencia mayor en las de tipo extensas (55%) y de tipo múltiple (34.5%) El riesgo socio-familiar alto se detectó en el 17% del total de familias, de las cuales, el tipo nuclear (47%) y extenso (36.5%)

presentaron la mayor frecuencia, seguidos del tipo familiar múltiple con el 16.5%. En cuanto al género que presenta mayor riesgo socio-familiar, se encontró que el masculino presenta un riesgo alto del 9% contra un 7.6% en el género femenino, con un riesgo medio de 15% y 16% para la población masculina y femenina respectivamente; el riesgo social y familiar predominante es bajo en el 21% de población masculina y 29% en la femenina, la situación familiar de convivencia condiciona mayor riesgo, se encontró que la mayoría de la población (el 46% de pacientes) conviven con familiar sin presentar dependencia física o psíquica, un 24.5% convive con familiares o cónyuge y presenta algún grado de dependencia, el 17% convive solo con su cónyuge de similar edad y el 12.5% vive solo y tiene hijos próximos, encontrándose que un alto porcentaje de pacientes (más del 60%) no presenta dependencia durante el estudio; en cambio sí se identificó que solo el 5% de la población presentó condiciones familiares que predisponen a un riesgo socio-familiar mayor. De las condiciones que determinan riesgo de incapacidad de las relaciones sociales con más frecuencia en el adulto mayor, se encontró que el 46% de la población no sale de su domicilio aunque recibe visitas en su domicilio, el 26% de pacientes en estudio mantiene relaciones sociales solo con su familia o solo con vecinos, por otra parte, el 20% presenta relaciones sociales tanto con familiares y con sus vecinos y solo el 8% de la población presenta adecuadas relaciones sociales, manteniendo contacto habitual con la comunidad donde vive. En cuanto a las redes sociales de apoyo con las que cuenta el adulto mayor se encontró que el 93% de la población en estudio cuenta con apoyo familiar y vecinal de manera regular y que solo el 7% cuenta con alguna red de apoyo social vecinal, voluntariado social o recibe alguna ayuda domiciliaria.⁴

Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. (2012) Condición socio-familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Objetivo: Determinar las condiciones

socio-familiares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia). Materiales y métodos: Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Se emplearon la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva. Resultados: El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatología. La comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$). Conclusión: Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad.⁵

Ramírez Muñoz C. (2012) Características familiares y deterioro cognitivo en pacientes mayores de 60 años, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca México. Objetivo: Conocer las características familiares en pacientes mayores de 60 años y deterioro cognitivo que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 220. Material y métodos: Consta de una encuesta transversal descriptiva en donde se recopilan los datos generales de los adultos mayores derechohabientes

de la UMF220, como edad, sexo y escolaridad. Aplicando un test de etapa del ciclo vital familiar según la OMS, así como un cuestionario en donde se evalúan las características familiares según su composición y desarrollo. Resultados: Se estudiaron un total de 376 pacientes adultos mayores donde los resultados obtenidos fueron: el número de adultos mayores que presentan algún grado de deterioro cognitivo es de 48 (12.76%), de los cuales 40 (10.64%) presentan un grado de deterioro cognitivo leve y 8 (2.13%) presenta un grado moderado, prevalecen las familias tradicionales con un 52.08%, Del ciclo vital familiar la etapa VI. Contracción prevalece con un 75%, el grupo por sexo más afectado es el de las mujeres con un 67%, el grupo por edad más afectado es el de 71-80 años con el 52.08%, y la escolaridad más frecuente es la educación primaria con el 66.66% Conclusiones: El justificar la necesidad de identificar precozmente el deterioro cognitivo es importante, tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del adulto mayor, el máximo tiempo posible, implementando distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida.⁶

Rubido Gómez D, López M, Tabio Y. (2011) Comportamiento de algunos factores biopsicosociales en el adulto mayor de 90 años y más. Cuba. Se realizó una investigación descriptiva con el objetivo de identificar el comportamiento de algunos factores biosicosociales en los adultos mayores que sobrepasan los 90 años en los consultorios médicos 44, 45 y 49 del Policlínico 2 "Arcelio Suárez Bernal" de Jatibonico. La muestra estuvo conformada por 23 longevos que cumplieron criterio de inclusión. Se utilizaron las variables: sexo, edad, autovalidismo, alimentos, hábitos tóxicos, problema de salud y principales planes y proyectos. Predominó el sexo femenino (69,6%), el grupo de edades entre 90 - 94 años (69,6 %), el café como factor de

riesgo (56,5 %), la fractura de cadera (39,1%) y el autovalidismo en vestirse (86,9%). Se encontró que estos ancianos envejecieron de manera óptima ya que permanecieron activos física y socialmente.⁷

Román Meza R, Quiroz Flores L. (2012- 2013) Situación socio-familiar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Magdalena, Lima- Perú. Investigación cuantitativa, retrospectiva y correlacional. Población: 136 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Magdalena, entre los años 2012 (65 adultos mayores) y 2013 (71 adultos mayores), registrados en la ficha de Atención Integral del Adulto Mayor anexo a la Historia Clínica. Resultados: La situación socio-familiar, donde se puede apreciar que 49 (36 %) se encuentran en riesgo social y 73 (53,7 %) presentan problema social, respecto a la valoración funcional, se puede identificar que 93 (68,4 %) son independientes y 43 (31,6 %) son dependientes parciales. No se encontraron adultos mayores en dependencia total, el 36,03 % está en riesgo social. Conclusiones: La mayoría de adultos mayores atendidos en el centro de salud Magdalena presentan una situación socio-familiar de riesgo social y problema social; presentan además limitaciones en la comunicación familiar y social, que repercuten negativamente en su calidad de vida.⁸

LOCAL: No se han encontrado.

2.2. BASES TEÓRICAS

ESTILO DE VIDA

CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR

Uno de los constantes marcadores de fragilidad es la situación socio familiar deteriorada, que puede incluso llevar al maltrato de la

persona adulta mayor, con graves consecuencias (baja autoestima, depresión, dificultad para dormir, malestar emocional y aumento de la tasa de mortalidad).⁹

Dentro de esta situación socio familiar están las dificultades económicas, hacinamiento en la vivienda y las relaciones familiares y sociales en sí.¹⁰

Los factores que aumentan la vulnerabilidad de un integrante de la familia, como los adultos mayores, son los llamados factores de riesgo social, que dependen de la estructura de la sociedad, de las tradiciones culturales y de aceptar los cambios y los retos que lleva implícito el envejecimiento. Los factores que repercuten negativamente en la capacidad funcional de los adultos mayores y que se asocian a un incremento de la vulnerabilidad para que estos desarrollen estado de fragilidad y necesidad están relacionados con las pérdidas de papeles sociales, inadaptación a la jubilación, aislamiento, insatisfacción con las actividades cotidianas, inactividad y ausencia de confidentes.¹¹

Otros factores que tienen mayor importancia en los aspectos de la vida son: las pérdidas, la desaparición física o espiritual sea de hijos, conyugues, amigos o familiares, aislamiento, ausencia de confidente, inactividad, inadaptación a la jubilación, insatisfacción con actividades cotidianas, pérdida de papeles sociales, institucionalización, condiciones materiales de vida, edad avanzada.

La dependencia del adulto para las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria favorecen un mayor riesgo de deterioro, así como la edad mayor de 80 años, un soporte social deficitario, las características ambientales determinadas por la

geografía o vivir en aislamiento social (vivir solo o la convivencia con otro adulto mayor).¹²

Tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores. En la atención primaria, es importante que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería.

- La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.
- El contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.
- La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”.
- Relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando.
- La valoración social de una persona mayor con fragilidad puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.
- La comparación de la evaluación social realizada antes y después de una intervención, como por ejemplo, el tratamiento de una enfermedad crónica, puede servir para conocer si se

alcanzaron algunos de los objetivos del plan de cuidado diseñado, o para redirigir el tratamiento impuesto. Por ello, es muy importante tener mediciones basales que permitan comparar en el transcurso del tiempo cómo evoluciona esta esfera.¹³

Edad: Si bien la vejez no es una enfermedad, en esta etapa de la vida aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado. Según estudios realizados, los adultos mayores constituyen un grupo poblacional cada vez más significativo; son los más afectados por la pobreza, la inseguridad alimentaria y el abandono. Por su alto grado de vulnerabilidad, los adultos mayores son los que más demandan atención en salud como consecuencia de la comorbilidad y los cambios físicos, psicológicos y de funcionalidad inherentes al proceso de envejecimiento.

Sexo: En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante en la valoración socio-familiar debido a que tiene tendencia a tener episodios depresivos.

SITUACIÓN FAMILIAR:

En toda sociedad, las familias son espacios de socialización, formación, cuidado y protección de sus miembros, especialmente de los más vulnerables, estos son, los niños, niñas, adolescentes, los jóvenes, las personas adultas mayores y quienes tienen alguna discapacidad. Cada persona, en tanto sujeto de derecho, merece el cuidado y la protección necesarios y correspondientes a su etapa del ciclo de vida y a su situación

social, para garantizar su bienestar integral y el ejercicio de sus derechos fundamentales.¹⁴

Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo.

Vivir con familia, sin conflictos familiares: Entendido como el conjunto de personas que ocupan una vivienda, comparten las comidas principales y asumen en grupo la atención de sus necesidades. Las personas que comparten lazos familiares, aunque no residan en la misma vivienda o no compartan la misma olla, tienen responsabilidades familiares con todos sus parientes, en tanto son sus padres o madres, sus abuelas, tíos o sobrinas.

Al Estado y a la sociedad debe de fortalecer a las familias para que puedan realmente ejercer sus funciones de cuidado y protección y para que en ellas prevalezca el respeto a las personas adultas mayores y a todos sus demás miembros.¹⁵

Vivir con familia, y adulto mayor con grado de dependencia física/psíquica: Cuando se trata de atender a miembros del hogar con algún síntoma, malestar o enfermedad, en general se le dedica cerca de 4 horas a la semana, cantidad que tiende a incrementarse conforme es mayor la edad de la persona a cargo del cuidado (5 horas). Y si se trata de cuidados de mayor complejidad (en casos de dificultades físicas, mentales o enfermedades permanentes o de edad avanzada totalmente

dependientes), es decir, que quienes en razón de su edad cabría esperar que reciban mayores cuidados.¹⁶

La persona adulta mayor en situación de dependencia, es aquella que tiene una pérdida sustancial en su estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física-funcional o mental, que le limita o impide el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, continencia, movilidad, uso de servicios higiénicos, vestirse y bañarse), y en consecuencia requieren del apoyo temporal o permanente de terceras personas, quienes se convierten en cuidadores porque realizan acciones de cuidados domiciliarios a personas adultas mayores dependientes.

Principalmente, las acciones de apoyo y cuidados se dan en el propio domicilio, a cargo de los miembros de la familia, quienes realizan los cuidados de una manera solidaria, espontánea y generalmente sin orientación ni información básica para ejercerlos.¹⁷

Vivir con cónyuge de similar edad: Los adultos mayores también han sido una importante fuente de ayuda, no solo en el cuidado de nietos, sino también transfiriendo recursos económicos y/o permitiendo el allegamiento de hijos y sus familias en sus viviendas. En la medida en que las familias jóvenes han tenido más oportunidades de obtener una vivienda propia y que han podido independizarse de sus padres, es probable que los adultos mayores vivan más sin sus hijos. Así, han aumentado las personas de la tercera edad que viven únicamente con sus parejas o solos.

Estos cambios pueden redundar en las mayores o menores posibilidades que tienen los adultos mayores de contar con recursos humanos que les ayuden a enfrentar los principales cambios que les ocurren al envejecer, por ejemplo, el deterioro de sus condiciones de salud, la disminución de sus ingresos y el aislamiento o soledad que sufren al dejar de trabajar. La disponibilidad y uso de tales recursos dependen de las relaciones que las personas establecen con el entorno. En la medida en que las personas

mayores cuenten con recursos de apoyo familiar, dados tanto por la presencia inmediata de su cónyuge o miembros en su hogar demandarán diferentes recursos de apoyo social tanto públicos o privados.¹⁸

El motivo del crecimiento de hogares en los que solo vive una persona viene determinado a su vez por el aumento de hogares en los que viven personas mayores de 65 años, esto es, por el aumento del envejecimiento de la población.¹⁹

Vivir solo y carecer de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero): Vivir solo en la tercera edad es una tendencia que se ve más en Estados Unidos y en Europa. Eso se explica por las migraciones de los jóvenes, por la disminución progresiva de la tasa de natalidad desde hace 40 años, porque las casas son cada vez más pequeñas y porque poco a poco se están extinguiendo los hogares extendidos, es decir, los que incluyen a abuelos o padres adultos mayores”, explica el geriatra José Parodi, director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Universidad de San Martín de Porres.

Para el especialista, los municipios y centros de salud de primer nivel de atención deben identificar a los adultos mayores que viven solos en sus jurisdicciones y asistirlos con servicios sociales en sus casas, como limpieza, alimentación y chequeos médicos. El geriatra advierte que el adulto mayor que vive solo puede caer en desnutrición y tener escasa o nula respuesta ante emergencias médicas. Existen servicios de tele asistencia para adultos mayores, quienes presionando el botón de un dispositivo pueden solicitar ayuda médica, pero eso aún no está muy difundido en el Perú.²⁰

• SITUACIÓN ECONÓMICA:

La pobreza tiene rasgos diferentes en la vejez porque es una etapa donde se ve cualquier plan individual o colectivo para salir de ella; es una pobreza con menos esperanzas y muy escasas opciones.

A esto se suma el hecho que presenta dificultades visuales o auditivas, el nulo acceso al crédito o simplemente la discriminación por edad lo castran de la posibilidad de integrarse al trabajo o generar algún emprendimiento. Junto con ello, las redes sociales se debilitan y la capacidad de adaptarse a los cambios también decrece.²¹

La seguridad económica es "un conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones tendientes a ofrecer condiciones óptimas que permitan a los y las adultas mayores asegurar su propia subsistencia y ofrecer condiciones para salir de su situación de extrema pobreza".²²

Es la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. Es la "capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura".²³

El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

La situación económica en la vejez está determinada por su poder adquisitivo, proveniente de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, dependiente de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios). Se basa en el acceso y

disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

A partir del análisis de indicadores de ingresos (miden el poder adquisitivo) y gastos (miden el nivel y tipo de consumo) es posible evaluar la situación económica de aquellas personas de la tercera edad que por los años trabajados y su aporte al régimen de Seguridad Social perciben una pensión mínima por concepto de vejez, y además constituyen la parte de la población adulta mayor más vulnerable económicamente y propensa a experimentar riesgos.

La evidencia empírica ha demostrado que entre las principales fuentes de ingresos que reciben las personas de la tercera edad, y en numerosos casos es la única, se encuentran las pensiones y jubilaciones, y dentro de éstas debe considerarse la pensión mínima, dado el objetivo trazado.

Pensión mínima por vejez: La pensión es definida como la prestación monetaria o el pago periódico que se le entrega a una persona de forma permanente o prolongada ante determinadas contingencias como la invalidez parcial o total, vejez o muerte. Específicamente, pensión por edad es la prestación monetaria que se otorga a un trabajador en razón de su edad y años de servicios. Esta contingencia se define por la Organización Internacional del Trabajo como la supervivencia más allá de la edad prescrita. Por último, la pensión mínima es la menor cuantía posible, estipulada por ley, que se recibe por concepto de pensión, en este caso por vejez. ²⁴

• **VIVIENDA:**

Según el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002). Para las personas de edad, la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda el

hogar. Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar.

La vivienda, es un recinto donde una persona o una familia realiza actividades vitales como descansar, dormir, asearse, comer, etc., y que a su vez permite realizar todas las actividades y funciones de la vida con plena seguridad, bienestar, confort y autonomía debiendo ser identificada como una necesidad de todos y no sólo, como una vivienda con facilidades para personas con discapacidad o para adultos mayores.

Esta debe tener las siguientes condiciones:

Ambientales:

- ❖ **Iluminación:** Se recomienda niveles de iluminación alrededor de los 250 lux.
- ❖ **La iluminación:** No debe producir sombras que dificultan la visibilidad y discriminar claramente los colores.
- ❖ **Ruidos:** Se recomienda que no supere los 60 decibeles - Las habitaciones para dormir deben ser alejadas de ascensores, montacargas y motores.
- ❖ Temperatura: Agradable
- ❖ No es aconsejable alto grado de humedad en paredes y techos
- ❖ **Ventilación: Adecuada** evita proliferación de hongos y bacterias - No debe haber excesiva corriente de aire.
- ❖ **Movilidad: Eliminar** barreras arquitectónicas.
- ❖ Ubicar espejos, relojes de pared vitrinas con objetos con recuerdos, etc., que refuerzan la ubicación en tiempo y espacio.

Las barreras arquitectónicas o en las edificaciones: Son aquellas que existen en los interiores de las edificaciones y en sus accesos.²⁵

Los diseños, materiales y técnicas de construcción de viviendas deben producir estructuras que sean durables y brinden lugares seguros, secos y confortables donde vivir, protegiendo a los moradores contra vectores, temperaturas extremas y peligros recurrentes de la naturaleza (terremotos, huracanes, tormentas). Los lugares escogidos para la

construcción de viviendas deben minimizar la exposición a ruidos, emisiones industriales, residuos peligrosos, así como las posibilidades de inundaciones. El interior del domicilio debe estar provisto de equipamiento y mobiliario funcionales que conlleve a un reducido riesgo de accidentes.

Además de contar con los servicios básicos, el ambiente de la vivienda debe ser estéticamente agradable y facilitar a los residentes el acceso a centros de trabajo potenciales, servicios comerciales y culturales y oportunidades de educación formal e informal. Los adultos mayores, los enfermos crónicos, y los minusválidos tienen necesidades especiales, sea su vivienda buena o mala. La protección de la salud, la seguridad, el acceso a los servicios y las medidas para permitir a aquellos con menos ventajas seguir una vida lo más activa y gratificante posible, se ven condicionados por su limitada movilidad. Las disposiciones respecto a las viviendas deben incluir medidas especialmente diseñadas para satisfacer estas necesidades.²⁶

Vivienda saludable: Es una vivienda adecuada que brinda protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos.

Los asentamientos informales demandan de una visión de abordaje muy amplia, integradora y novedosa para generar resultados significativos. Además, requiere de políticas de Estado claras para enfrentar la situación, se debe priorizar la atención de las personas que viven en tugurios precarios, con el fin de mejorar las redes internas de comunicación, transporte, aguas de desecho, zonas recreativas y hasta equipamiento productivo.²⁷

• **RELACIONES SOCIALES:**

En la sociedad actual cada vez hay más personas mayores y son cada vez más longevas. Las razones son diversas, pero sobre todo destacan la

baja natalidad y el incremento de la esperanza de vida, como consecuencia de los avances en el campo de la medicina y de la salud pública.

Los cambios que se están produciendo en la estructura familiar tradicional por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer a la vida laboral, abandonando el papel que hasta entonces desarrollaba en la sociedad, hacen necesaria una mayor protección para prevenir la soledad y la vulnerabilidad de los mayores. Por lo tanto, junto a los familiares que aún son el principal apoyo de los mayores, un ambiente social positivo que contemple la ayuda de amigos, compañeros, vecinos e incluso el voluntariado es fundamental para la consecución de un envejecimiento activo y saludable.

En general, los contactos entre los mayores en general se ven afectados por la disminución de la movilidad, que puede impedirles salir a la calle. Las relaciones entre mujeres se van reduciendo, quizá porque están más centradas en las relaciones familiares. Los hombres se relacionan más con amigos que las mujeres. Los contactos por teléfono suponen un complemento para las relaciones cara a cara, sobre todo con amigos. En todos los casos la frecuencia de contactos disminuye con la edad, seguramente como consecuencia del menor número de relaciones, así como por las dificultades de movilidad que los mayores experimentan con los años, incluso para utilizar el teléfono.

En cuanto a los mayores de edad, sobre todo se debe evitar el deterioro de su calidad de vida, independientemente de su salud física y mental, a través de organizaciones de cuidadores profesionales, ayudarles en cuanto a sus relaciones sociales y familiares, y la valoración de sus actividades, sus hábitos y su salud, deseable para cualquier sociedad.

Se puede trabajar con los mayores en programas de envejecimiento activo, desde los que se les puede proporcionar oportunidades de educación continua, incluyendo el aprendizaje sobre las nuevas

tecnologías de la información y la comunicación, como Internet, además de protegerlos frente al abuso físico, psicológico y económico.²⁸

• **APOYO DE RED SOCIAL:**

Es bien conocido que ante la escasez y baja calidad de los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral, un importante segmento de la población envejecida, que por supuesto no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana.

Recomendar a los adultos mayores que viven en esas condiciones activar su red social, pertenecer a clubes y, en el tiempo que están en casa, planear qué hacer al día siguiente para mantener la mente ocupada y no caer en depresión.

Las redes sociales de apoyo se clasifican en tres:

a) Redes Primarias la conforman la familia, los amigos y los vecinos.

Los vecinos también son parte de la red primaria y constituyen un apoyo y recurso importante en la vida diaria de las personas de edad. Por lo general, los ancianos tienen una menor movilidad diaria que los jóvenes, por lo que la presencia de los vecinos es especialmente importante en su vida cotidiana sobre todo de quienes viven solos.

b) Redes Secundarias o extrafamiliares, son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.

Cuando en los hogares de origen y adscripción las personas de edad no disponen de ayudas o apoyos en la cantidad y con la calidad requerida para satisfacer sus necesidades básicas, tienden a buscarla en un grupo local, en organizaciones altruistas, instituciones de beneficencia o bien con organizaciones civiles que desarrollan algún

programa o proyecto asistencial y/o promocional en la comunidad, con la expectativa de obtener algún apoyo (material, instrumental, emocional, cognitivo). En los últimos años, han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras cosas, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren intercambian diferentes apoyos a las personas mayores.

c) Redes Institucionales o formales, integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (estatal, municipal, etc.). La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.²⁹

TEORIA DE ENFERMERÍA: VIRGINIA SATIR MODELO DE INTERACCIÓN FAMILIAR.

Este modelo de Virginia Satir (1972), plantea que la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, necesidades y comportamiento de sus miembros. Satir opina que una familia saludable, ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación y de los eventos o situaciones que se dan en la vida. La interrelación familiar promueve la confianza en sí mismo y la autovaloración en cada miembro; las familias tienen esperanza en el futuro, confianza en los demás y sienten curiosidad acerca de lo que la sociedad puede ofrecerles. La familia funciona

sobre bases de creciente producción y de una realidad orientada lo cual promueve una mayor intimidad entre sus miembros.³⁰

Norma Técnica NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01 para la atención integral de salud en la etapa de vida adulta mayor:

El Ministerio de Salud señala, como uno de sus lineamientos fundamentales la implementación del Modelo de Atención Integral - MAIS. La presente Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor, ha sido elaborada en el marco de la modernización del Sector y el proceso de descentralización, pretende responder a la decisión política del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, en implementar el Modelo de Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor, población comprendida de los 60 años a más; con un enfoque de integralidad, equidad, interculturalidad, calidad y pleno respeto de sus derechos ciudadanos, con la finalidad de contribuir a su desarrollo integral; envejecimiento activo y saludable.

La Norma Técnica, comprende los objetivos, las responsabilidades y las disposiciones específicas para el desarrollo de la Atención Integral de salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor. Así mismo presenta las acciones a realizar por los diferentes niveles de atención, en los cuatro componentes del MAIS: Organización, Provisión, Gestión y Financiamiento; y establece los indicadores para el seguimiento y evaluación de los avances y el logro de resultados.³¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Características socio-familiares:** Condiciones socioeconómicas o familiares predisponentes para fragilidad.
- **Dependencia:** Incapacidad o necesidad de asistencia para realizar actividades de la vida diaria con autonomía y sin ayuda

- **Envejecimiento activo:** Es el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS).
- **Familia:** Grupo social primario, unidad básica de la sociedad y del desarrollo humano, conformado por un número variable de personas vinculadas por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad, que interactúan y conviven bajo un mismo lugar en su mayoría y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden ser protectores o de riesgo e impactar en la salud positiva o negativamente de sus integrantes
- **Servicios Sociales:** Es el conjunto de servicios necesarios para ayudar a los grupos sociales y las personas particulares a reconocer sus problemas para superarlos, creando los recursos adecuados para mejorar su calidad de vida.
- **Grupo Vulnerable:** El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.
- **Situación económica:** La persona que no tiene los ingresos mínimos necesarios para la compra de alimentos básicos posiblemente esté en alto riesgo de desnutrición.
- **Reducción de contacto social:** La persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No aplica por tratarse de un estudio de tipo descriptivo, no se buscará la relación causa efecto.

2.5 VARIABLE INDEPENDIENTE

Condición socio-familiar

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Viene a ser todas las características socio-familiares que presentan los grupos poblacionales y pueden tener ciertas características similares.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Son todas aquellas características socio-familiares de los adultos mayores que asisten a Puesto de Salud Tinguña Valle, el cual será medido a través de la aplicación de una entrevista, el cual es aplicado por el MINSA del Estado Peruano.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
CONDICIÓN SOCIO-FAMILIAR	Viene a ser todas las características socio-familiares que presentan los grupos poblacionales y pueden tener ciertas características similares.	Son todas aquellas características socio-familiares de los adultos mayores que asisten a Puesto de Salud Tinguña Valle, el cual será medido a través de la aplicación de una encuesta.	Edad Sexo Estado civil Procedencia	De 60 a 69 años 70 a 79 años 80 años a más. Masculino Femenino Soltero Casado Viudo Divorciado Costa Sierra Selva

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación según el alcance de la información es descriptiva, pues se muestra la variable como se ha observado en la realidad; es de diseño no experimental, porque no se manipulan intencionalmente la variable de estudio; según el tiempo es prospectivo, pues la información se obtuvo en forma progresiva; de enfoque cuantitativo, en vista de que la información obtenida se presenta en cuadros y gráficos numéricos haciendo uso de la estadística descriptiva.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó en la Posta de Salud de Pasaje Tinguíña Valle, ubicado en la Avenida Perú S/n, perteneciente al Distrito de Parcona.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población de estudio está constituida por un total de 294 adultos mayores que asisten al P.S. Pasaje Valle Tinguíña, La muestra está constituida por 117 adultos mayores, según criterios de inclusión y exclusión.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N-1) d^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n : X
N : 294
Z : 1.96
p : 0.5
q : 0.5
d : 0.05

$$n = \frac{294(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(220-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{294(3.8416)(0.25)}{(293)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{282.3576}{1.465 + 0.9604}$$

$$n = \frac{282.3576}{2.4164} = 116.85 = \mathbf{117 \text{ adultos mayores}}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores que deseen participar voluntariamente

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó fue la entrevista con la finalidad de obtener las respuestas de la variable en estudio con su instrumento la Guía de entrevista: de valoración socio-familiar aplicado por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) al realizar la valoración geriátrica en primer nivel de atención, con las preguntas que guardan relación con los objetivos de la investigación.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se procesó con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Para la variable condición socio familiar se le asignó los puntajes asignados por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) que a continuación se detalla:

5 a 9 pts.: Buena/aceptable situación social.

10 a 14 pts.: Existe riesgo social.

≥ 15 puntos: Existe problema social.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

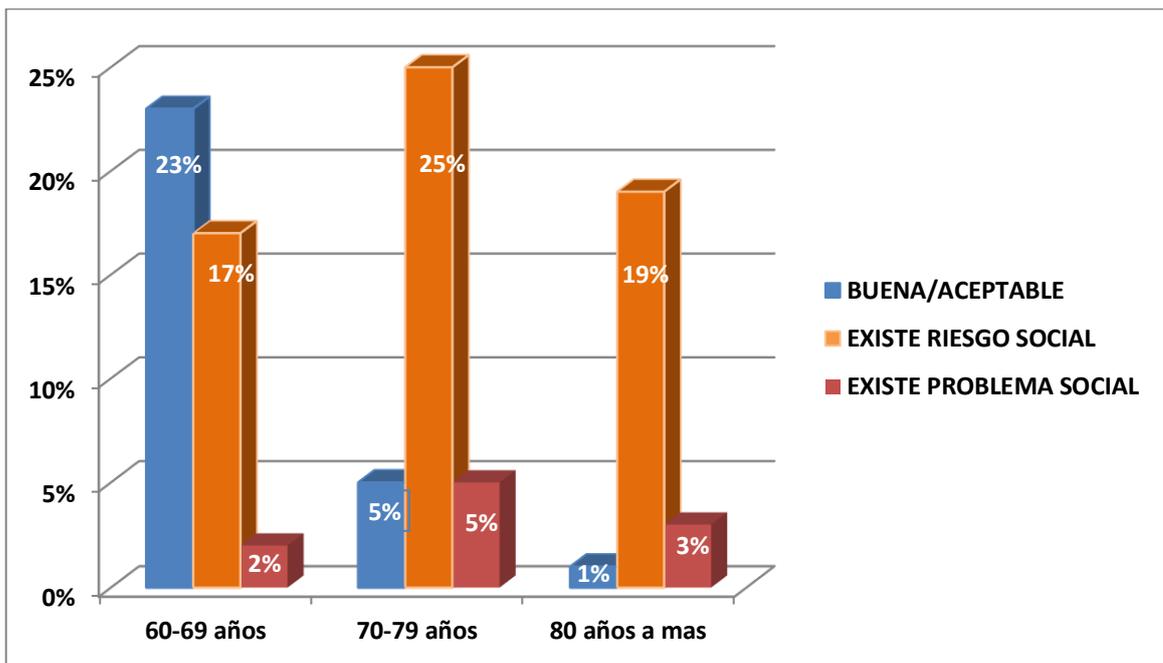
TABLA 1

EDAD Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DESALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016

EDAD	CONDICIÓN SOCIO FAMILIAR					
	BUENA/ACEPTABLE (5-9)		EXISTE RIESGO SOCIAL (10-14)		EXISTE PROBLEMA SOCIAL (>=15)	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
60-69 años	27	23	20	17	2	2
70-79 años	6	5	29	25	6	5
80 años a más	1	1	22	19	4	3
TOTAL	34	29	71	61	12	10

FUENTE: Entrevista realizada a los adultos mayores P.S. Pasaje Tinguña Valle.

GRAFICO 1



Del 100%(117) adultos mayores, en las edades de 60 a 69 años, el 23%(27) tiene condición socio-familiar buena, el 17%(20) existe riesgo social y, en el 2%(2) existe problema social; en las edades de 70 a 79 años, el 5%(6) presenta una condición socio-familiar buena, el 25%(29) existe riesgo social y en el 5%(6) tiene problema social, por último en las edades de 80 años a más, el 1% (1) presenta una condición socio-familiar buena 19%(22) presenta riesgo social y, en el 3%(4) existe problema.

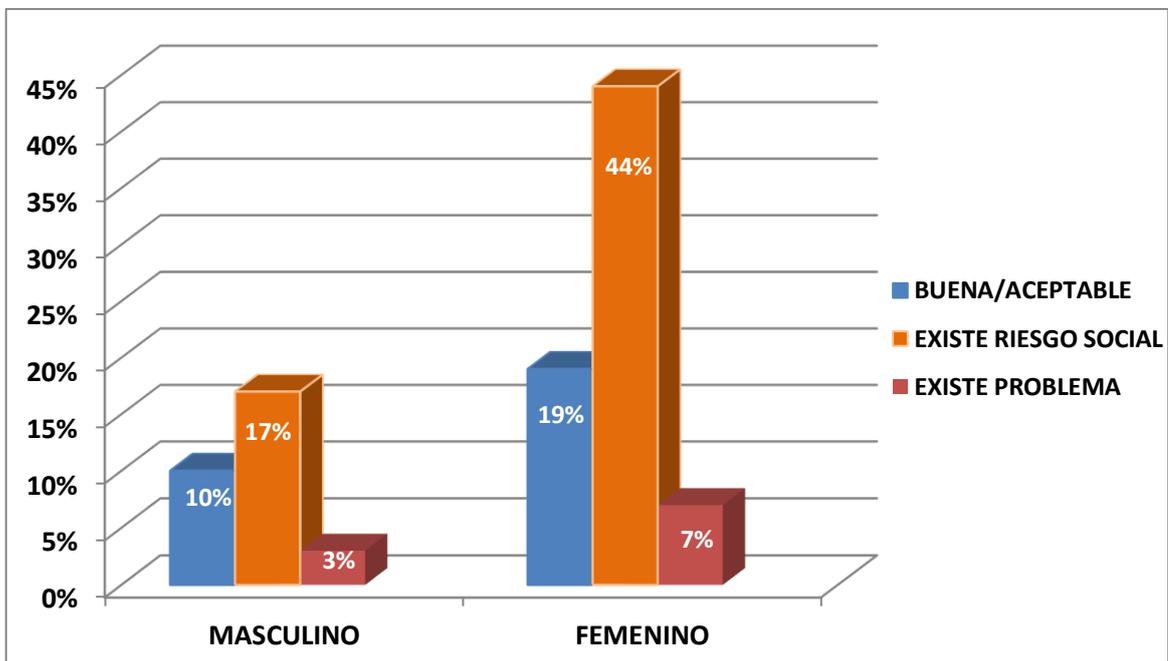
TABLA 2

SEXO Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DESALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016.

SEXO	CONDICIÓN SOCIO FAMILIAR					
	BUENA/ACEPTABLE (5-9)		EXISTE RIESGO SOCIAL (10-14)		EXISTE PROBLEMA SOCIAL (>=15)	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
MASCULINO	12	10	20	17	4	3
FEMENINO	22	19	51	44	8	7
TOTAL	34	29	71	61	12	10

FUENTE: Entrevista realizada a los adultos mayores P.S. Pasaje Tinguña Valle.

GRÁFICO 2



Se observa que en el sexo masculino el 10%(12) presenta una condición socio-familiar buena, 17%(20) de los adultos mayores existe riesgo social y en el 3%(4) existe problema social; en el sexo femenino, el 19%(22) condición socio-familiar buena, 44%(51) tiene riesgo social y en el 7%(8) presenta problema social.

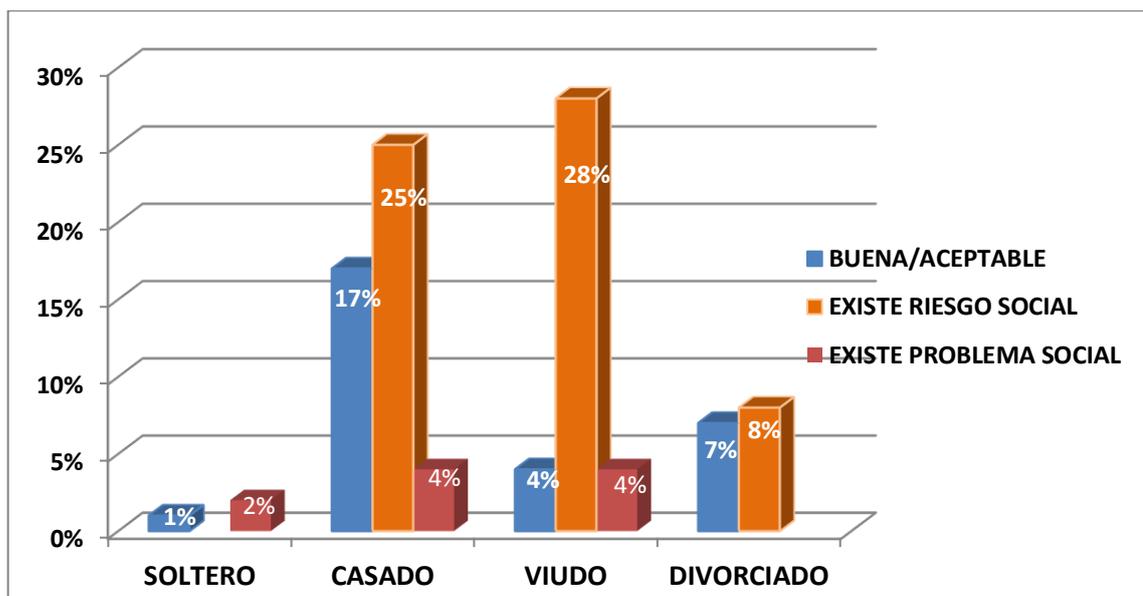
TABLA 3

**ESTADO CIVIL Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE
TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016**

ESTADO CIVIL	CONDICIÓN SOCIO FAMILIAR					
	BUENA/ACEPTABLE (5-9)		EXISTE RIESGO SOCIAL(10-14)		EXISTE PROBLEMA SOCIAL(>=15)	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SOLTERO	1	1	-	-	2	2
CASADO	20	17	29	25	5	4
VIUDO	5	4	33	28	5	4
DIVORCIADO	8	7	9	8	-	-
TOTAL	34	29	71	61	12	10

FUENTE: Entrevista realizada a los adultos mayores P.S. Pasaje Tinguña Valle.

GRÁFICO 3



Del 100%(117) adultos mayores, según el estado civil soltero, el 1%(1) condición socio-familiar buena y, el 2%(2) tiene problema social; el estado civil casado, el 17%(20) condición socio-familiar buena, el 25%(29) existe riesgo social y, el 4%(5) existe problema social; el estado civil viudo, el 4%(5) presenta buena condición socio-familiar, el 28%(33) existe riesgo social y otro igual porcentaje de 4%(5) tiene problema social, finalmente en el estado civil de divorciado, el 7%(8) presenta condición socio-familiar buena y el 8%(9) tiene riesgo social.

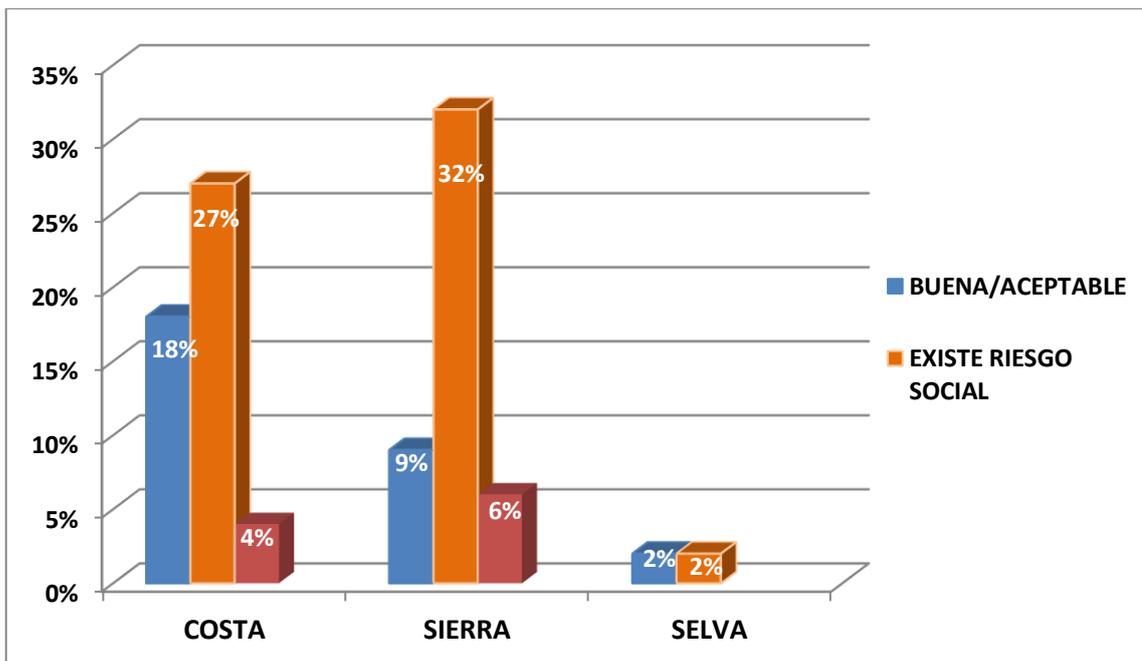
TABLA 4

**PROCEDENCIA Y CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE
TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016**

PROCEDENCIA	CONDICIÓN SOCIO FAMILIAR					
	BUENA/ACEPTABLE (5-9)		EXISTE RIESGO SOCIAL (10-14)		EXISTE PROBLEMA SOCIAL (≥15)	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
COSTA	21	18	32	27	5	4
SIERRA	11	9	37	32	7	6
SELVA	2	2	2	2	-	-
TOTAL	34	29	71	61	12	10

FUENTE: Entrevista realizada a los adultos mayores P.S. Pasaje Tinguña Valle

GRÁFICO 4



Del 100%(117) de adultos mayores con procedencia de la Costa, el 18%(21) condición socio-familiar buena, el 27%(32) tiene riesgo social y, el 4%(5) existe problema social; según procedencia de la Sierra, el 9%(11) condición socio-familiar buena, 32%(37) existe riesgo social y, el 6%(7) existe problema social, finalmente en la procedencia de la Selva, el 2%(2) tiene condición socio-familiar buena y otro igual porcentaje de 2%(2) existe riesgo.

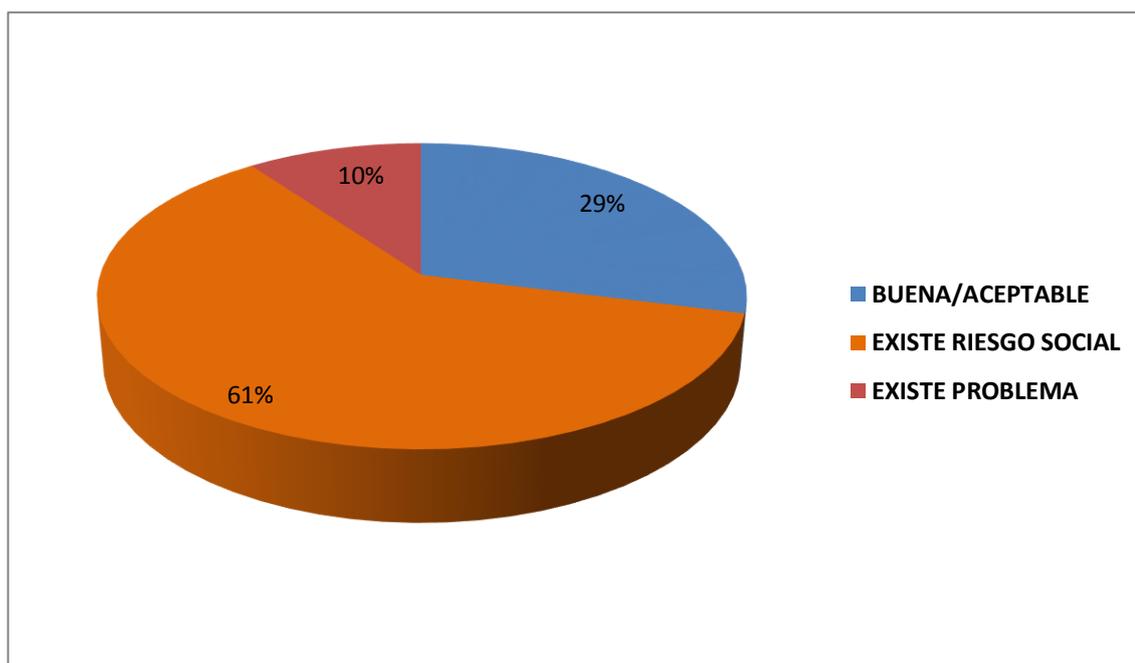
TABLA 5

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE, ICA MARZO 2016.

GLOBAL	Fr	%
BUENA/ACEPTABLE (5-9)	34	29
EXISTE RIESGO SOCIAL(10-14)	71	61
EXISTE PROBLEMA SOCIAL(>=15)	12	10
TOTAL	117	100

FUENTE: Entrevista realizada a los adultos mayores P.S. Pasaje Tinguña Valle

GRÁFICO 5



La valoración de la condición socio-familiar de los adultos mayores que asisten al P.S Pasaje Tinguña Valle, el 29%(34) condición socio-familiar buena, el 61%(71) existe riesgo social y el 10%(12) de los adultos mayores existe problema social.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Tabla 1: En las edades de 60 a 69 años, el 23% de los adultos mayores tiene condición socio-familiar buena, 17% existe riesgo social y el 2% existe problema social; de 70 a 79 años, en el 25% existe riesgo social, el 5% tiene problema social y 5% presenta una condición socio-familiar buena, en las edades de 80 años a más, el 19% presenta riesgo social, en el 3% existe problema social y el 1% presenta una condición socio-familiar buena, resultados que se pueden comparar con Hernández M, Carrasco G, Rosel C, Gómez A.⁵ en el cual predominaron los grupos de edades a partir de los 75 años y los factores de riesgo social que predominaron fueron en los mayores de 80 años con un 33.3%; Ramírez Muñoz C.⁷ el grupo por edad más afectado es el de 71-80 años con el 52.08%,

El proceso de transición demográfica en el Perú, América Latina y el mundo, muestra en los últimos censos poblacionales un incremento progresivo del grupo de personas mayores de 60 años. Según la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el 2014 los adultos mayores representan el 9,4% de la población total.

Según nuestros resultados se evidencia que a mayor edad, mayor peligro de presentar riesgo social, debido a que en esta etapa de la vida aumentan el riesgo de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado de parte de los parientes, familiares y amigos considerados como fuentes de apoyo directo, asimismo sabemos que la influencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad aumenta con la edad.

Tabla 2: En el 17% del sexo masculino existe riesgo social, 10% presenta una condición socio-familiar buena y en el 3% existe problema social; en el sexo femenino, el 44% tiene riesgo social, el 19% condición socio-familiar buena y 7% presenta problema social; resultados similares con Villarreal Amarís G, Month Arrieta E.⁶ El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las

mujeres ($p < 0,05$); Ramírez Muñoz C.⁷ el grupo por sexo más afectado son las mujeres con un 67%, a su vez los resultados son contrarios con Ibarra Quintana A.⁴ En cuanto al género que presenta mayor riesgo socio-familiar, se encontró que el masculino presenta un riesgo alto de 9% contra un 7.6% en el género femenino.

En nuestros resultados encontramos, que la valoración socio-familiar de los varones está en una mejor situación que las mujeres que son las más afectadas según la aplicación del test de valoración socio-familiar aplicado por MINSA, el cual podría deberse por la pobreza o inseguridad alimentaria que presenta este segmento poblacional de la jurisdicción de Pasaje Tinguíña Valle.

Tabla 3: Según estado civil soltero: el 2% tiene problema social y el 1% condición socio-familiar buena; estado civil casado: 25% existe riesgo social, 17% condición socio-familiar buena y 4% existe problema social; estado civil viudo: 28% existe riesgo social, 4% tiene problema social y otro igual porcentaje de 4% presenta buena condición socio-familiar, estado civil divorciado: el 8% tiene riesgo social y 7% presenta condición socio-familiar buena, resultados casi similares con Ibarra Quintana A.⁴ la situación familiar de convivencia condiciona mayor riesgo, Hernández M, Carrasco G, Rosel C, Gómez A.⁵ Predominaron los grupos ancianas solteras y viudas con 25.9%.

Debido a las características particulares de la población adulta mayor según el estado civil, se convierte en un factor protector. Esto se relaciona con los resultados obtenidos, según los cuales los adultos mayores que se encuentran solteros y divorciados tienden a tener una mayor y mejor integración social, lo que se puede relacionar con el hecho de que quienes presentan mayor número de enfermedades son los viudos y casados, estados que impiden de cierto modo el acceso a los sistemas sociales, lo que hace pensar a priori que este grupo puede ser más vulnerable que el resto.

Tabla 4: Los adultos mayores con procedencia de la Costa: 27% tiene riesgo social, 18% condición socio-familiar buena y 4% existe problema social;

procedencia de la Sierra: 32% existe riesgo social, 9% condición socio-familiar buena y 6% existe problema social, procedencia de la Selva: 2% de los adultos mayores existe riesgo social y otro igual porcentaje de 2% tiene condición socio-familiar buena.

Según la procedencia de los adultos mayores, aparece como principal motivo de preocupación del adulto mayor, por encima incluso de los problemas de salud, de soledad o de rechazo y marginación; siendo considerada como un factor de riesgo de insuficiencia de recursos económicos, debido a que no todos están protegidos del SIS, debido a que años atrás han sido asegurados en su comunidad natal y actualmente no cuentan con dicho seguro debido al censo local realizado por el personal de salud, por lo que el tener protección sanitaria en la vejez es el principal componente de los presupuestos sociales del sector salud.

Tabla 5: La valoración socio-familiar de los adultos mayores que asisten al P.S Pasaje Tinguña Valle, en el 61% existe riesgo social, 29% condición socio-familiar buena y 10% existe problema social, resultados que se pueden comparar con Ibarra Quintana A. ⁴ el riesgo social y familiar predominante es bajo en el 21% de población; Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. ⁶ El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social; Tello Salés M. Román Meza R, Quiroz Flores L. ¹⁰ se puede apreciar que 36% se encuentran en riesgo social y 53,7% presentan problema social que repercuten negativamente en su calidad de vida.

La evaluación socio-familiar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo. La adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento. Nuestros resultados arrojan que el 61% de los adultos mayores existe riesgo social por tal motivo como enfermeros (as) debemos realizar el fortalecimiento de la atención domiciliaria, para mantener adultos envejecidos activos en su medio familiar. La

participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema, aspecto que debe ser tomado más en cuenta, pues dicha escala devela la condición de fragilidad y riesgo social en que se desenvuelven, constituyéndose en un factor importante para determinar sus necesidades de cuidado y reorientar las políticas de protección social, sabido es que uno de los constantes marcadores de fragilidad es la situación socio familiar deteriorada, que puede incluso llevar al maltrato de la persona adulta mayor, con graves consecuencias que deben alertar ya que el ámbito familiar es el lugar de intervención anticipada en el estado de salud del adulto mayor.

CONCLUSIONES:

1. En las edades de 60 a 69 años, el 23% de los adultos mayores tiene condición socio-familiar buena, en el 17% existe riesgo social y el 2% existe problema social; de 70 a 79 años, el 25% existe riesgo social, y el 5% tiene problema social, un igual porcentaje de 5% también presenta condición socio-familiar buena, por último en la edad de 80 años a más, el 19% presenta riesgo social, en el 3% existe problema y el 1% presenta una condición socio-familiar buena.
2. En el sexo masculino: en el 17% de los adultos mayores existe riesgo social, el 10% presenta condición socio-familiar buena y en el 3% existe problema social; en el sexo femenino: el 44% tiene riesgo social, el 19% condición socio-familiar buena y el 7% presenta problema social.
3. Según el estado civil soltero: el 2% tiene problema social y el 1% condición socio-familiar buena, el estado civil casado: el 25% existe riesgo social, el 17% condición socio-familiar buena y en el 4% existe problema social; el estado civil viudo: en el 28% de los adultos mayores existe riesgo social, 4% tiene problema social y otro igual porcentaje de 4% presenta buena condición socio-familiar, finalmente en el estado civil de divorciado: el 8% tiene riesgo social y 7% presenta condición socio-familiar buena.
4. Referente a la procedencia de la Costa, en el 27% existe riesgo social, 18% condición socio-familiar buena y 4% existe problema social; según procedencia de la Sierra: en el 32% existe riesgo social, 9% condición socio-familiar buena y 6% existe problema social, finalmente en la procedencia de la Selva: el 2% existe riesgo y otro igual porcentaje de 2% tiene condición socio-familiar buena.
5. La valoración socio-familiar de los adultos mayores que asisten al P.S Pasaje Tinguña Valle, el 61% existe riesgo social, 29% condición socio-familiar buena y el 10% de los adultos mayores existe problema social.

RECOMENDACIONES

1. Se debe implementar un enfoque preventivo eficaz que incida en la mejora de los servicios sanitarios en este grupo etáreo de la jurisdicción.
2. Debe ponerse especial atención a la población de adultos mayores especialmente las de género femenino que se encuentra en riesgo social y facilitarle el acceso a la atención de salud, redes sociales y de apoyo.
3. Determinar estrategias de intervención que contribuyan a que el adulto mayor, según su estado civil, se involucre en diversas actividades sociales que le permitan mejorar sus condiciones físicas y su autonomía personal, así como la posición y satisfacción que tenga frente a la vida.
4. La valoración socio-familiar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la atención social y de salud para integrar a los adultos mayores que por su procedencia aún no cuenten con el Seguro Integral de Salud y fomentar las redes de apoyo.
5. Impulsar mecanismos formales e informales de apoyo a los adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo social y problema social a través de los sistemas de protección social, independencia financiera y el estado de salud, los cuales son pilares importantes de trabajo con los grupos de adultos mayores, además de fortalecer la capacidad de la familia, amigos, vecinos y comunidad para proporcionar apoyo a la persona mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cano C, Morelo Negrete I, Arango Lopera V. Semiología en el Anciano. Univ. Médica Bogotá Colombia, 2001. Vol. 42 (3).
2. Cépeda Villasana L. Programa de atención al adulto mayor. Evaluación sobre el bienestar de los beneficiarios. [Base de datos] 2013, [Fecha de acceso 31 de mayo de 2015]; URL disponible en: www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos.../libro_programaadultomayor.pdf.
3. Jara Velásquez A. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerable. MIMP. Cuadernos sobre N° 5. Poblaciones vulnerables. Año 1 – 2013. [Fecha de acceso 31 de mayo de 2015]; URL disponible en: www.minsa.gob.pe/.../adultoMayor/.../Normas%20Técnicas_segunda%2...
4. Ibarra Quintana A. Tipología familiar y grado de riesgo socio-familiar en adultos mayores de 65 años con retinopatía diabética que acuden a la consulta externa de medicina familiar. Toluca, Estado de México. [Tesis licenciatura]; 2014. URL disponible en: ri.uaemex.mx/view/123456789/14498/1/411401.pdf
5. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Condición socio-familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla [Tesis especialidad], (Col.) 2012; 28 (1): 75-87. [Fecha de acceso 25 de junio de 2015]; URL disponible en: www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf.
6. Ramírez Muñoz C. Características familiares y deterioro cognitivo en pacientes mayores de 60 años, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 220 Toluca. México. [Tesis post grado] 2012. URL disponible en: ri.uaemex.mx/browse?type=author&value=Avilés+Sánchez%2C...
7. Rubido Gómez D, López M, Tabio Y. Comportamiento de algunos factores biopsicosociales en el adulto mayor de 90 años y más.

- Cuba2011. URL disponible en:infociencia.idict.cu/index.php/infociencia/article/viewFile/30/26
8. Román Meza R, Quiroz Flores L. Situación socio-familiar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Magdalena, Lima- Perú.2012- 2013. [Fecha de acceso 5 de julio de 2015]; URL disponible en:http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/V_simposio_para_web.pdf.
 9. Pérez-Rojo G; Penhale B. Maltrato de las personas mayores: situación actual en el Reino Unido. *RevEspGeriatrGerontol* 2006; 41 (5): 289-296.
 10. Royal Collage of Psychiatrics. Institucional abuse of elderadults. 2000. [Fecha de acceso 31 de mayo de 2015]; URL disponible en: www.Popan.org.uk/policy/Policy_content/elder%20Abuse/RCP%20Elder%Abuse.pdf.
 11. Tabio Henry Y, Rubio Gómez D, López Lorenzo M, Factores de riesgo social en el adulto mayor. *Revista Infociencia* Vol.15, No.3, julio-septiembre, 2011
 12. Trujillo de los Santos Z, Becerra M, Rivas M, Latinoamérica envejece, visión gerontológica/geriátrica. Edit. McGraw Hill, Primeraedición, México: 2007.
 13. Sánchez Salgado, Carmen Delia. *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio, 2000.
 14. INEI, Informe Técnico N° 03, setiembre 2012. Situación de la niñez y del adulto mayor, abril-junio 2012, p. 32.
 15. MIMDES, UNFPA y Asociación Adulto Feliz. *Las Personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*, 2009, p. 40.
 16. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables - MIMP Dirección general de la familia y la comunidad – DGFC.
 17. Loayza J. Rol de las familias en el cuidado de personas adultas mayores dependientes: Una mirada desde las políticas públicas y envejecimiento [Fecha de acceso 30 de agosto de 2015]; URL disponible en:.blogspot.com/2012/06/familia-y-adulto-mayor.html

18. Herrera M, Kornfeld R. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. URL disponible en: www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/08072008171918.pdf.
19. Puyol R. El aumento de personas mayores que viven solas ha hecho crecer los hogares unipersonales. [Fecha de acceso 22 de octubre de 2015]; URL disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2111736/0/hogares-numero-aumento/unipersonales-crecen/personas-mayores-65-anos/#xtor=AD-15&xts=467263>.
20. INEI: El 16% de hogares con adultos mayores son unipersonales. El comercio Lima 9 de enero de 2015.
21. Marín P. Centro de Geriatría y Gerontología de la Universidad Católica. Reportaje: Adulto mayor, pobreza y situación económica. Chile. URL disponible en: https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=39745.
22. Morales Cartaza A. La seguridad social en Cuba: Realidades y retos. Editora Política/ La Habana, 2004.
23. Rodríguez Hernández E. Una mirada a la situación actual del envejecimiento. Retos, desafíos y puertas que se abren. Oficina nacional de estadísticas Santiago de Cuba. Abril del 2010.
24. Hartman Romero G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el Municipio Santiago de Cuba 2011. [Fecha de acceso 30 de diciembre de 2015]; URL disponible en: www.eumed.net > Observatorio de la Economía Latinoamericana.
25. Nivardo F. La Vivienda para adultos mayores. Accesibilidad y entorno seguro. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/la_vivienda_para_adultos_mayores.ppt.
26. Vivienda saludable. Calidad de las condiciones de la vivienda y calidad de vida. OMS. Principios de higiene de la vivienda. Ginebra, 1990. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/siete.pdf>.

27. Espinoza J. Características de la vivienda y acceso para los grupos pobres y la clase media: 2010-2013. Vigésimo Informe Estado de la Nación.
28. García Vicente S. Medicina Familiar y Comunitaria 2000-2016. [Fecha de acceso 25 de enero de 2016]; URL disponible en: www.hola.com/salud/...salud/.../mayores/.../relaciones-sociales-y-mayores.
29. Camarano A, Pazzinato M. Análisis situacional de las redes de apoyo de las personas en América Latina y el Caribe. Documento presentado en la reunión de expertos en redes de apoyo social a la personas mayores, CEPAL, 9 al 12 de diciembre del 2002, Santiago de Chile.
30. Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia [Base de datos]; URL disponible en: gsdl.bvs.sld.cu/.../library?...0enfermeria.
31. Ministerio de salud Dirección general de salud de las personas. NTS N0 043-MINSA/DGSP-V.01 (05/06/2006) Norma técnica para la atención integral salud en la etapa de vida adulta mayor [En línea] URL disponible en: www.minsa.gob.pe/.../adultoMayor/.../Normas%20Técnicas_segunda%2...

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cuál es la valoración de la condición socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle, Ica marzo 2016?	Determinar la valoración de la condición socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle, Ica marzo 2016.	PE1: ¿Cuál es la condición socio-familiar según edad de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle? PE2: ¿Cuál es la condición socio-familiar según sexo de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguíña Valle? PE3: ¿Cuál es la condición socio-familiar según estado civil de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje	CONDICIÓN SOCIO-FAMILIAR	Edad Sexo Estado civil Procedencia	<p>Tipo: Observacional.</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental transversal</p> <p>Población: 294 adultos mayores.</p> <p>Muestra: 117 adultos mayores.</p>	Ficha de Valoración socio-familiar, utilizado por MINSA- PERÚ.

		<p>Tinguiña Valle?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la condición socio-familiar según procedencia de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguiña Valle?</p> <p>PE5: ¿Cuál es la valoración socio-familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguiña Valle?</p>				
--	--	---	--	--	--	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GUIA DE ENTREVISTA

INTRODUCCION: Tenga Ud. Buen Día, soy Bachiller de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Alas Peruanas Filial Ica, estoy realizando una investigación con el objetivo de **“Determinar la condición socio familiar de los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud Pasaje Tinguña Valle, Ica marzo 2016”**, por ello es importante que Ud. responda a las siguientes preguntas que le realizaré con veracidad, la información proporcionada, será de carácter anónimo y confidencial, desde ya gracias por su participación.

I.- DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Sexo:

- a) M
- b) F

3. Estado civil:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado

4. Procedencia:

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

Pts.	1. SITUACIÓN FAMILIAR
1	Vive con familia, sin conflicto familiar.
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica.
3	Vive con cónyuge de similar edad.
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima.
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)
Pts.	2. SITUACIÓN ECONÓMICA.
1	Dos veces el salario mínimo vital.
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.
3	Un salario mínimo vital.
4	Ingreso irregular (menos el mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos.
Pts.	3. VIVIENDA
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).
4	Vivienda semi-construida o de material rústico.
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.
Pts.	4. RELACIONES SOCIALES
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia.
5	No sale del domicilio y no recibe visitas.
Pts.	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal.
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.
4	No cuenta con Seguro Social.
5	Situación de abandono familiar

VALORACION SOCIO-FAMILIAR

<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación familiar
<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social
<input type="checkbox"/>	Existe problema social

5 a 9 pts.: Buena/aceptable situación social.

10 a 14 pts.: Existe riesgo social.

≥ 15 puntos: Existe problema social.

ANEXO 3

PERMISOS

SOLICITO: REGISTROS DE NUMERO DE
ATENCIONES DEL ADULTO
MAYOR

Señor: **Mg. Cd. Manuel Ricardo Rojas Morales**

Gerente del puesto de salud class pasaje tinguña valle

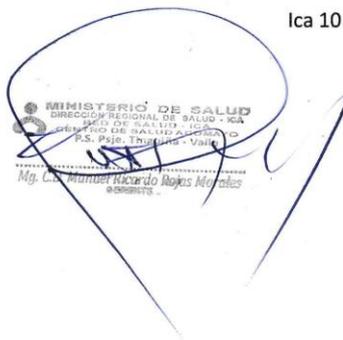
Yo **Garcia Misajel Janeth Elizabeth** identificado con DNI N° **46697946**, domiciliada en av. Perú Mz-Ñ Lot-17 de pasaje la tinguña ante usted me presento y expongo.

Que por medio de la presente solicito a usted se me permita obtener **Datos de registros de números de atenciones del adulto mayor** para los fines de trabajo de investigación de tesis para obtener mi título profesional.

Esperando se me conceda mi petición, quedo de usted.

Atentamente

Ica 10 de marzo del 2016


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ICA
OFICINA DE SALUD ASISTIDA
P.S. PASAJE TINGUÑA - VALLE
Mg. C.D. Manuel Ricardo Rojas Morales



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CARTA N°016 FMHyCS-EPE/UAP-FI

Ica, 22 de Junio del 2016

Mag. Cd. Manuel Ricardo Rojas Morales
GERENTE DE PUESTO DE SALUD CLASS PSJE. TINGUIÑA VALLE

PRESENTE.-

Asunto: Solicito Campo Clínico para Ejecución de Proyecto de Tesis

Tengo a bien dirigirme a usted por medio de la presente para saludarle, y a la vez solicitarle a su digno despacho, licencia para realizar la ejecución del Proyecto de Tesis:

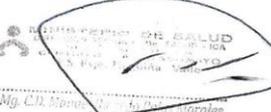
"CONDICION SOCIO – FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD CLASS PASAJE TINGUIÑA VALLE ICA – MARZO 2016"

De autoría de la Bachiller **GARCIA MISAJEL, JANETH ELIZABETH** con Código: N° 2010172695.

Sin otro particular que deba de informar a Ud. me despido, agradeciendo la atención prestada a la presente

Atentamente,


Lic. Enf. **JUANA DEL ROSARIO YATACO CISNEROS**
COORDINADORA ACADÉMICA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA


Mag. Cd. **Manuel Ricardo Rojas Morales**

ANEXO 4

IMÁGENES Y FOTOS DEL CENTRO DEL SALUD PASAJE TINGUIÑA VALLE





