



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA DENOMINADA:**

**CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO  
MAYOR QUE HABITA EN EL ASENTAMIENTO  
HUMANO MIGUEL GRAU SEMINARIO,  
PIMENTEL – 2016**

**AUTORAS**

**Bach. ALVARADO YAPAPASCA ERIKA KATHERINE**

**Bach. VÉLEZ AURICH LADY ELIZABETH**

**PIMENTEL – PERÚ  
2016**

**CONDICIÓN SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR QUE HABITA  
EN EL ASENTAMIENTO HUMANO MIGUEL GRAU SEMINARIO,  
PIMENTEL - 2016**

Aprobación del Proyecto

---

Dra. Sc. Vallejos Sosa Tomasa  
**Asesora Metodóloga**

---

Mg. Angeles Oblitas Miriam Yahaira  
**Asesora Especialista**

---

Mg. Avalos Hubeck Janet  
**Presidenta del jurado de tesis**

---

Mg. Sáenz Calvay Nelly  
**Secretaria del jurado de tesis**

---

Mg. Angeles Oblitas Miriam Yahaira  
**Asesora Especialista**

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>II</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRAC</b>	<b>IV</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>V</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	<b>1</b>
1.1    Problematización	2
1.2    Formulación del Problema	6
1.3    Delimitación de la Investigación	6
1.4    Justificación e importancia	7
1.5    Limitaciones de la Investigación	8
1.6    Objetivos de la Investigación	9
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1    Antecedentes del estudio	11
2.2    Sistema teóricos conceptuales	14
2.3    Definición de términos	25
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>27</b>
3.1    Tipo y diseño de la Investigación	28
3.2    Población y muestra	29
3.3    Variables	30
3.4    Operacionalización	30
3.5    Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.5.1    Técnicas de recolección de datos	32
3.5.2    Instrumento de recolección de datos	32
3.6    Procedimientos para la recolección de datos	33
3.7    Análisis estadístico e interpretación de datos	33
3.8    Principios éticos	33
3.9    Criterios de rigor científico	35
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>36</b>
4.1    Resultado de tablas y gráficos	37
4.2    Discusión de los resultados	42
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
5.1    Conclusiones	57
5.2    Recomendaciones	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>
Anexo 1	70
Anexo2	71
Anexo3	72
Anexo4	75

# **DEDICATORIA**

## **A DIOS**

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

## **A NUESTROS PADRES**

A nuestros padres, porque creyeron en nosotras, dándonos ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy podemos ver alcanzada nuestra meta, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera, y porque el orgullo que sienten por nosotros, fueron lo que nos hizo ir hasta el final.

## **AGRADECIMIENTO**

Debemos agradecer de manera especial y sincera, a nuestras asesoras de tesis, Lic. Angeles Oblitas Miriam Yahaira, Fanning Balarezo María Margarita y Vallejos Sosa Tomasa, que con sus conocimientos, experiencias, paciencia y motivación nos incentivaron a no rendirnos ni dejarnos vencer.

El apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como investigadoras.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el apoyo de nuestros padres, gracias por darnos las pautas para poder realizarnos en nuestros estudios. Agradecemos los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darnos para no dejarnos caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarnos a tomar las decisiones que nos ayudaron a balancear nuestra vida y sobre todo gracias por el amor tan grande que nos brindan.

## RESUMEN

El adulto mayor es la población con mayor importancia por ser un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud. A nivel mundial el adulto mayor está envejeciendo a pasos acelerados y a nivel nacional representan el 9,4% de la población total en el 2014 y se incrementará a 11,2% en el 2021. Esta problemática generó conocer cuál es la condición sociofamiliar del adulto mayor, cuyo objetivo fue determinar la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016. Fue un estudio cuantitativo descriptivo-transversal, con una población muestral de 60 adultos mayores, a quienes se les aplicó una encuesta: escala de valoración sociofamiliar "Gijón". Los resultados mostraron que el 37% de los adultos mayores viven con familia sin conflicto familiar en cambio un 17% viven solos y carecen de hijos o viven lejos, el 57% cuentan con un ingreso irregular (menos del mínimo vital) y el 25% no cuentan con una pensión, el 95% presentan una vivienda semiconstruida o de material rustico, el 37% mantiene relaciones sociales en su comunidad sin embargo el 17% no sale de su domicilio ni recibe visitas y el 57% tienen seguro pero necesitan más apoyo de éste mientras que el 12% se encuentran en situación de abandono. En conclusión se determinó que los adultos mayores presentan riesgo social y en la que será necesario trabajar directamente con éste grupo etáreo.

**Palabras claves:** Adulto mayor, condición sociofamiliar, escala de Gijón.

## **ABSTRACT**

The elderly population is more important for a group that has a strong demand in the health system. Globally the elderly is aging at an accelerated pace and nationally represent 9.4% of the total population in 2014 and will increase to 11.2% in 2021. This problem generated social and family know what the condition of the elderly, whose objective was to determine the social and family status of the elderly living in the human settlement Miguel Grau Seminario Pimentel in January 2016. It was a quantitative descriptive cross-sectional study, population sample of 60 older adults who were applied a survey: social and family assessment scale "Gijón". The results showed that 37% of older adults living with family without family conflict instead a 17% live alone and have no children or live far, 57% have an irregular income (less than subsistence minimum) and 25% do not have a pension, 95% have a half-built or rustic housing material, 37% maintain social relationships in their community but 17% does not leave his home or receive visits and 57% have insurance but need more support of this while 12% are in a situation of abandonment. In conclusion it was found that older adults have social risk and which will need to work directly with this age group.

**Keywords:** Elderly, social and family status, level of Gijon.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas con 60 y más años. El Perú no es ajeno a este fenómeno social, en el 2014 las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total y se proyecta que en el año 2021, este porcentaje se incrementará a 11.2%.

Durante el proceso de envejecimiento, el hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud, ya que en las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que genera fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad del trabajo.

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.

Villareal G y Month A<sup>1</sup>, realizaron una investigación sobre la condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor, donde concluyó que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social.



Esta situación también se evidenció en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario ubicada en Pimentel, generalmente estas viviendas están construidas a base de material de adobe y cañas, piso de tierra desnivelados, con humedad, y en los exteriores expuestos a sufrir contaminación ambiental, también se evidenció hacinamiento, muchos de ellos habitan en estas viviendas y están propensos a sufrir caídas y alteraciones en su estado físico; el no contar con una pensión fija hace que los adultos mayores no puedan satisfacer sus necesidades ocasionándoles conflictos familiares y sociales que les generan sentimientos de tristeza, estrés, aislamiento e inclusive llevarlos a estados depresivos. Esto generó la siguiente interrogante ¿Cuál es la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016?

Planteando como objetivo general determinar la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016. Debido a que los adultos mayores son susceptibles de sufrir enfermedades degenerativas y crónicas por lo que requieren mayores cuidados y servirá para proponer estrategias e interrogantes a las redes de apoyo existentes tanto en su comunidad como en el centro de salud más cercano, así mismo servirá para otras investigaciones con otros paradigmas o complementar estudios con esta temática.

En la presente investigación se concluyó que los adultos mayores del asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016, presentan riesgo social, ya que los resultados mostraron que el 37% de los adultos

mayores viven con familia sin conflicto familiar en cambio un 17% viven solos y carecen de hijos o viven lejos, el 57% cuentan con un ingreso irregular y el 25% no cuentan con una pensión, el 95% presentan una vivienda semiconstruida o de material rustico, el 37% mantiene relaciones sociales en su comunidad sin embargo el 17% no sale de su domicilio ni recibe visitas y el 57% tienen seguro pero necesitan más apoyo de éste mientras que el 12% se encuentran en situación de abandono.

Es así, que dicho estudio estuvo constituido específicamente por cinco capítulos, cada uno de ellos compuestos por distintos subtítulos que permitieron el desarrollo del proceso de investigación. En el CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION encontraremos la Problematización, Formulación del Problema, Delimitación de la Investigación, Justificación e importancia, Limitaciones de la Investigación, Objetivos de la Investigación, en el CAPITULO II: MARCO TEÓRICO, encontraremos los Antecedentes del estudio, Sistema teóricos conceptuales, Definición de términos, en el CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO se mostrará Tipo y diseño de la Investigación, Población y muestra, Variables, Operacionalización , Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Procedimientos para la recolección de datos, Análisis estadístico e interpretación de datos, Principios éticos, Criterios de rigor científico, en el CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS, encontraremos los Resultado de tablas y gráficos de los resultados. En el CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, encontramos las Conclusiones, Recomendaciones.

# CAPÍTULO I

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Problematización

A nivel mundial el adulto mayor es la población con mayor importancia por sus implicancias económicas, sociales y por ser un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras<sup>1</sup>. Así mismo, cabe resaltar que la población del adulto mayor a nivel mundial está aumentando a pasos acelerados, entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo<sup>2</sup>.

Aunque el fenómeno está más avanzado en Europa y en América del Norte, el envejecimiento de la población se está produciendo, o comenzará en breve en todas las regiones principales del mundo. A escala mundial, la proporción de personas mayores (de 60 años o edad superior) aumentó del 9 % en 1994 al 12 % en 2014, y se espera que alcance el 21 % en 2050. Durante 1994 y 2014, Asia registró el mayor crecimiento del número de personas mayores (225 millones), lo que representa casi las dos terceras partes (un 64 %) del crecimiento mundial<sup>3</sup>.

Así mismo, se considera personas adultas mayores aquellas que tienen 60 o más años<sup>4</sup> y ésta se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010<sup>5</sup>, sin embargo en el 2014 las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total y se proyecta que en el año 2021, este porcentaje se incrementará a 11,2%<sup>6</sup>.

Por otro lado, en el año 2014, la población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,4% de la población total. Los mayores porcentajes se presentan en los departamentos de: Arequipa (7,5%), Lima y Moquegua (7,3%, en ambos casos), La Provincia Constitucional del Callao (7,2%), Ancash (7,1%), Lambayeque e Ica (7,0%, en cada caso). Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 350 mil y la mayoría son mujeres (58,4%)<sup>7</sup>.

En los meses de enero a marzo del 2015, el 40,2% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años de edad. En el área urbana representan el 39,0% y en la rural, el 38,6%. Del total de hogares con alguna persona adulta mayor, el 41,3% son hogares de tipo nuclear, el 31,5% de hogares son extendidos, donde reside alguna persona adulta mayor y el 18,9% de hogares son unipersonales, constituidos por una persona adulta mayor<sup>8</sup>.

Por ello, el Perú tiene como política de estado al programa llamada “Pensión 65” que tiene como propósito entregar una subvención económica a adultos mayores que superan los 65 años de edad y que viven en extrema pobreza. A través de esta subvención se busca atenuar la vulnerabilidad de sus ingresos y mejorar los mecanismos de acceso a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental<sup>9</sup>.

Cabe mencionar que envejecer se asocia con deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran fuentes de apoyo directo. El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en: familiar (red primaria), vecinos, amigos o parientes (red secundaria), residan o no con el anciano; y el apoyo institucional o de tipo formal hace referencia organismos públicos y privados que asisten a la población<sup>10</sup>.

Esta red social es de vital importancia, se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una condición sociofamiliar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un mal estado de salud que aquellos que si lo tienen. 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<sup>11</sup>.

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<sup>10</sup>.

Lo anteriormente expuesto, se refleja en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario ubicada en Pimentel, donde se observa actitudes negativas por parte de algunas familias como son la indiferencia, marginación y antivalores, excluyendo a los adultos mayores de la vida social y familiar; en otras ocasiones, se evidencia que muchos de ellos se encargan de cuidar a sus nietos mientras los padres de estos trabajan, o son los únicos responsables de cuidarlos y tienen que trabajar de cualquier modo para lograr algún tipo de ingreso para poder sobrevivir.

Igualmente, se encontró a muchos adultos mayores en situación de abandono, algunos de ellos refieren sentirse desprotegidos y de vez en cuando tristes porque extrañan a sus familiares, permaneciendo en su hogar todo el día excluyéndose de la sociedad.

Así también, los adultos mayores de dicho asentamiento humano no cuentan con un trabajo ni con una pensión fija debido a los deterioros físicos y mentales, impidieron satisfacer sus necesidades de subsistencia. En otros casos, se evidenció que los vecinos son el apoyo de muchos adultos

mayores en situación de abandono. Así mismo, los adultos mayores refieren “no acudimos al centro de salud porque no estamos inscritos al SIS”; también se evidenció que dichos adultos mayores son marginados por la sociedad que los considera personas con múltiples problemas de salud.

Por otro lado, muchas de estas viviendas están construidas a base de material de adobe y cañas, piso de tierra desnivelados, con humedad, hacinamiento y en los exteriores expuestos a sufrir contaminación ambiental; también se encuentran propensos a sufrir caídas y alteraciones en su estado físico.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016?

## **1.3. Delimitación de la investigación**

Se realizó en el periodo de enero de 2016, en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario ubicada en la región de Lambayeque, provincia de Chiclayo, distrito de Pimentel; su territorio limita por el Norte con la calle Alfonso Ugarte, por el Sur con el asentamiento humano Molina Alta, por el Este con la calle Santa María y por el Oeste con la calle José Olaya, se



desarrolló en el periodo de enero de 2016. Consta con una población de 60 adultos mayores según el comité del adulto mayor de dicho asentamiento.

#### **1.4. Justificación e importancia**

Hay un periodo en la vida del ser humano donde todo se ve alterado; empiezan aparecer señales y una serie de cambios que indican que se acerca la vejez. Sus hijos inician a irse de casa para establecer su propia familia; se jubilan y se dan cuenta que están pasando mucho tiempo con su pareja; normalmente tienen menos dinero para mantenerse; probablemente han sufrido de alguna enfermedad; tal vez han perdido algún cercano amigo por muerte y por lo tanto, su vida se considera alterada en estos años<sup>10</sup>.

Actualmente, la progresión poblacional del adulto mayor es uno de los más grandes logros de la humanidad pero también uno de sus mayores desafíos, debido a que el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo más rápido, generando un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose como una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social, económica.

En ese sentido la relevancia del trabajo está en conocer y reflexionar acerca de la condición sociofamiliar que acompaña a los adultos mayores, debido al poco valor que se les brinda tanto a nivel social como en el ámbito de la salud, pues ellos al igual que todos nosotros sienten, piensan, son

susceptibles a las reacciones conscientes e inconscientes de la sociedad, y tienen derecho a ser entendidas, tratadas y vistas como personas que son.

Así también, los resultados de la investigación ayudarán a las redes de apoyo, enfermeras y a los demás profesionales de la salud a tener un enfoque sobre la realidad sociofamiliar de los adultos mayores, y a partir de ella; formular estrategias y/o programas que permitan educar y por ende mejorar la calidad de vida de este grupo de personas y sus familiares.

Por otro lado, cabe señalar que esta investigación tiene un aporte importante del nuevo conocimiento que servirá para otras investigaciones con otros paradigmas o complementar estudios con esta temática.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Falta de antecedentes de investigación en la temática y sujeto de investigación.

Las limitaciones físicas (disminución de la agudeza visual y auditiva) del adulto mayor que no les permitió entender con prontitud las preguntas del cuestionario.

## **1.6. Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

### **Objetivos específicos**

Identificar la situación familiar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

Identificar la situación económica del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

Identificar la condición de la vivienda del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

Identificar las relaciones sociales del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

Identificar las redes sociales de apoyo del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

# **CAPÍTULO II**

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de estudios

Villareal G y Month A<sup>1</sup> en el 2012 realizaron una investigación en Colombia titulada “Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo”, con el objetivo de determinar las condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Fue un estudio descriptivo, correlacional; la muestra fue de 275 adultos mayores de 65 años; los resultados fueron que el 61% son mujeres y la media de edad fue 75,4 años. El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres y la valoración funcional se deterioró con la edad; la conclusión fue que 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.

Sepúlveda C, Rivas E, Bustos L, Illesca M<sup>9</sup> en el 2010 realizaron un estudio en Chile, titulado “Perfil Socio-Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados. Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperia”, con el objetivo de conocer el perfil socio-familiar de adultos mayores institucionalizados en comunas de Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial, año 2009. Fue un estudio descriptivo transversal correlacional, con muestra de 80 adultos mayores institucionales; los resultados son que el promedio de edad fue de 78,1 años,

15,0% eran mapuches, 55,0% eran masculinos, 11,2% "no sabe leer ni escribir" , 40,5% no tiene contacto con sus hijos, en maltrato ha recibido golpes o empujones (15,1% más de diez veces), 18,7% piensa casi a diario que está insatisfecho con su vida actual, 59,4% no recibe atención de salud por la institución; la conclusión constató una situación de aislamiento, soledad personal y déficit de cuidados entregado por las instituciones, reto para Enfermería, donde debería tener participación de privilegio en la toma de decisiones en políticas de cuidado para la población en estudio.

Yábar C, Ramos W, Rodríguez L y Díaz V<sup>10</sup> en el año 2009 realizaron un estudio en Perú titulado "Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007"; con el objetivo de determinar la prevalencia, características clínicas, funcionales y socioeconómicas del anciano frágil mayor de 75 años en el Hospital III EsSalud de Chimbote entre octubre 2006 y abril 2007. Fue un estudio observacional transversal, y se seleccionaron 122 pacientes mediante muestreo aleatorio simple; los resultados fueron que la prevalencia de fragilidad fue del 71.3%. De acuerdo a la escala de valoración funcional de la Cruz Roja, el 53.5% mostraba algún grado dependencia, en su mayoría de tipo leve, el cuestionario de Pfeiffer mostró déficit y/o deterioro cognitivo en el 14.9% y de acuerdo a la Escala de Gijón, en el 77.0% existía riesgo o problema social; la conclusión fue que existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado.

Ruiz L, Campos M y Peña N<sup>12</sup> en el año 2006 realizaron un estudio en Perú titulado “Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006”; con el objetivo de determinar la situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao. Fue un estudio transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Los resultados fueron que el 69,8 eran mujeres, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de salud. La conclusión fue que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores.

Torres J y Torres J<sup>13</sup> en el año 2013 realizaron un estudio en Chiclayo- Perú titulado “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo, 2013”; con el objetivo de determinar la relación entre depresión y calidad de vida en el centro de adulto mayor del distrito de la Victoria, Chiclayo. Fue un estudio descriptivo-correlacional, realizado con 84 adultos mayores, a quienes se le evaluó con el uso de un inventario de depresión de Beck BDI –II y la escala de calidad de vida Olson y Barnes; señalando como resultados que

no existen correlación entre ambas variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la categoría tendencia a calidad de vida buena es la que predomina en los adultos mayores. También se confirmó que los factores que determinan la calidad de vida son el hogar, bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad.

## **2.2. Sistemas teóricos conceptuales**

Adulto mayor según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo<sup>14</sup>. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 años a más<sup>4</sup>; considerándose este rango en la presente investigación. Así mismo, cabe mencionar que el envejecimiento es también conocido como senescencia, la cual implica una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo; las cuales disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del ambiente que les rodea<sup>15</sup>.

Igualmente, es un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos; estos cambios definen a las personas cuando ya están mayores, pero se debe ver como un proceso natural e inevitable<sup>16</sup>. Ésta fase afecta a los tejidos y a las funciones de la persona y se afirma que el envejecimiento comienza desde



la concepción, puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir<sup>17</sup>.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), clasifica al adulto mayor en cuatro categorías: persona adulta mayor activa saludable, persona adulta mayor enferma, persona adulta mayor frágil y paciente geriátrico complejo. La persona adulta mayor activa saludable, es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal. La persona adulta mayor enferma, es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo<sup>18</sup>.

Así también, la persona adulta mayor frágil es aquella que cumple dos o más de las siguientes condiciones: edad de 80 años a más, dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas, pluripatología, enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, polifarmacia, hospitalización en los últimos doce meses, índice de masa corporal menor de 23 o mayor de 28. El paciente geriátrico complejo es aquel que cumple tres o más de las siguientes condiciones: edad de 80 años a más, pluripatología, el proceso de enfermedad principal tiene carácter incapacitante, deterioro cognitivo severo, existe problema social en relación con su estado de salud, paciente terminal<sup>18</sup>.

También, el adulto mayor tiene algunas etapas correspondientes al ciclo vital humano, una de estas etapas hace referencia a la etapa del nido vacío, que es cuando el último hijo abandona el hogar ya sea por casamiento o por independizarse económicamente. Usualmente la pareja o la persona de edad avanzada tienen que reestructurar su vida y hacer ajustes a este cambio; en esta etapa, principalmente muchas mujeres experimentan depresión y sentido de pérdida relacionado al crecimiento de los hijos y la eventual salida del hogar<sup>19</sup>.

Por consiguiente, otra etapa del adulto mayor es la del abuelo o abuela y es uno de los roles que más importancia tiene para muchas personas, el adquirir este rol hace que la relación entre padres e hijos cambie y se reestructure en una relación de iguales. Los abuelos y abuelas son una parte muy importante de la dinámica familiar en nuestras culturas y es una fuente de satisfacción para muchas personas, ya que la relación con los nietos y nietas tiene mucho significado simbólico y afectivo para las personas de edad avanzada<sup>19</sup>.

Así mismo, la viudez es una etapa en el adulto mayor que se define como la pérdida de seres queridos, principalmente del esposo o esposa, la muerte de uno de ellos es una experiencia traumática a cualquier edad y puede tener efectos devastadores en el individuo. La persona que sobrevive se enfrenta a una variedad de problemas emocionales y prácticos. La viudez es más común en la edad avanzada que en cualquier otra etapa de vida, impactando también

los roles familiares, puesto que generalmente se pierde contacto con la familia del difunto una vez que se enviuada<sup>19</sup>.

Es así, que en la viudez la vida social también cambia, al principio los familiares y amigos están dispuestos ayudar y dar apoyo emocional, pero gradualmente van regresando a sus propias rutinas de vida y eventualmente el viudo o viuda se queda solo o sola. La soledad es el peor problema a que se enfrentan las personas que enviudan. En la mujer, tiene un mayor impacto en el área económica ya que tradicionalmente ha dependido de los ingresos del varón para su subsistencia<sup>19</sup>.

Por último, la etapa de relocalización es otra fuente de ajuste o adaptación en la vejez. El cambio residencial es muchas veces impuesto en las personas de mayor edad por diferentes circunstancias. Por ejemplo, la pérdida del cónyuge puede traer disminución de ingresos y por ende necesidad de moverse de vivienda por no poder subsanar los gastos. La relocalización implica un desafío adaptativo para las personas y muchas veces puede impactar seriamente la vida de éstas y hasta acelerar la muerte<sup>19</sup>.

Dentro de las causas del envejecimiento, éstas se pueden considerar a partir de diferentes teorías; dos de estas teorías son planteadas en el libro “Desarrollo Humano”. La primera teoría habla del envejecimiento programado, afirma que el envejecer está dado por ciertos patrones de desarrollo propios de cada individuo. La segunda teoría se denomina desgaste natural del

envejecimiento, esta plantea que el cuerpo humano tiene un desgaste natural, por ser una máquina de mucho uso la cual no tiene reemplazo<sup>20</sup>.

Con respecto a los cambios sociales, muchas veces se pasa de ser trabajador activo a retirado o jubilado, perdiendo con esto la identidad ocupacional, con grandes consecuencias psicológicas, sobre todo si el trabajo es el interés primario y fuente de contactos sociales; existiendo una reducción del ingreso que suele afectar la independencia, la seguridad, el alojamiento, la dieta y finalmente la salud. Así mismo, el rol de esposo pasa hacer de viudo, con una vida más solitaria, agudizada por la muerte de amigos y por las limitaciones que impone a la vida social y la declinación de las funciones<sup>21</sup>.

Por esta razón, 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. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros<sup>22</sup>.

De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar

potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida<sup>22</sup>.

Además, la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida, específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros; puesto que las personas que cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes<sup>23</sup>.

Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, permitiendo contactarse con su grupo de pares y compartir más allá de la carencia, convirtiéndose en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrepasar la crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y la identidad<sup>23</sup>.

Entre las distintas relaciones sociales, las ligas familiares se han destacado siempre por sus connotaciones para la identidad, las relaciones sentimentales, el apoyo que se busca y el que se ofrece y, en resumen, el sentido de la vida misma. Un signo de ingreso a la tercera edad es llegar al final del ciclo reproductivo, el cual no se entiende sólo como la procreación, sino que incluye el sostenimiento de la descendencia, su educación, la guía

para su socialización y la protección necesaria para su crecimiento y fortalecimiento<sup>24</sup>.

Por ende, el fin de estas tareas y deberes se enfatiza cuando el último hijo o hija sale del hogar para conformar independiente su propia vida, en lo que se ha dado por nombrar el nido vacío. Ser abuelo refuerza esa identidad de vejez, pues son ahora los propios hijos los que se harán cargo de las responsabilidades y papeles del segundo ciclo. Asimismo, la sensación de tercera edad se convierte en la de cuarta edad cuando se llega a ser bisabuelo<sup>24</sup>.

En las edades avanzadas, la viudez generalmente representa soledad y desprotección, lo cual es especialmente impactante para los hombres al interior de una cultura en la cual los quehaceres domésticos, el cuidado del hogar y la atención doméstica a la familia, incluyendo cónyuges y ancianos, están a cargo de las mujeres. Cabe mencionar que el cruce de los umbrales de la vejez bajo las variables familiares no necesariamente implica pasar a la soledad. Algunos de ellos se refieren a los cambios en la inserción familiar y a los arreglos de domicilio<sup>24</sup>.

Es así que en la familia, el envejecimiento se manifiesta por la pérdida de roles y de autoridad. Esto sucede cuando se pasa de ser el proveedor para el sostenimiento de la familia y el líder de las decisiones, a ser dependiente cuando el liderazgo familiar se debilita y desaparece. Esos cambios de estatus al interior de la familia son ocasionadas por la disminución de aptitudes físicas

y mentales y la pérdida de ingresos, pero también influyen aspectos culturales<sup>24</sup>.

Es por eso que la familia es la que proporciona los aportes afectivos y materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo<sup>25</sup>.

Por esta razón, la vida de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional, las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco y la presencia de tantas personas es enriquecedora<sup>26</sup>.

En el ámbito económico, uno de los principales signos del envejecimiento es el dejar de trabajar debido a la vejez, y es justamente entonces cuando se pasa a una dependencia ante las necesidades de consumo. Enfocando la parte laboral desde el concepto de vejez como pérdida de autonomía y de adaptación, es común que conforme un trabajador va envejeciendo se le vayan acumulando deterioros físicos y mentales; estos desgastes repercuten

en su capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias de trabajo, disminuyen sus niveles de productividad y en muchos casos se incrementan riesgos laborales<sup>27</sup>.

Es decir, que el cese en la actividad abrupto o paulatino, siempre conlleva para la población adulta mayor a pérdidas de ingreso, lo que repercutirá en diversas maneras que dependen de las capacidades y características de cada persona. En lugar de salarios o ganancias por el trabajo, se llega a la dependencia cuando las necesidades se cubren por medio de una pensión, la ayuda familiar, las redes sociales de apoyo, los programas oficiales y privados de beneficencia, o la caridad pública. En muchos casos esto implica empobrecimiento no solo de la persona adulta mayor, sino también de su entorno social y familiar<sup>27</sup>.

Por otra parte, 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 adulto mayor<sup>28</sup>.

Según las características integrales de la vivienda para el adulto mayor estas constituyen un elemento fundamental en la vida de cualquier persona, es un espacio donde crean su propio ambiente y desarrollan sus relaciones interpersonales más cercanas. La vivienda garantiza la autonomía, seguridad,



dignidad, confort e independencia para el desempeño de las actividades e influye favorablemente en los procesos restauradores de la salud, cuando sus espacios funcionales reúnen las condiciones apropiadas para los que fueron diseñados<sup>28</sup>.

Por ello, las condiciones de la vivienda pueden considerarse agentes positivos para la salud de sus residentes o factores de riesgo<sup>26</sup> por las diferentes barreras que se presentan, definiéndolos como aquellos impedimentos, trabas u obstáculos que limiten o impidan el acceso, la libertad de movimientos, la permanencia o la circulación con seguridad de todas las personas, especialmente las que tienen movilidad y/o comunicación reducida. La eliminación y/o la corrección de las barreras arquitectónicas tienen como objetivo evitar accidentes y caídas, logrando desplazamientos seguros que sirvan para obtener la mejor calidad de vida posible<sup>29</sup>.

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Si bien no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno<sup>30</sup>.

Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de

aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad<sup>30</sup>.

El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes. El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano<sup>30</sup>.

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno<sup>30</sup>.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo<sup>30</sup>.

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido<sup>30</sup>.

Esta teórica se relaciona con la investigación realizada en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario que abarca sobre la condición sociofamiliar del adulto mayor, Florence Nightingale respalda que un entorno saludable era necesario para los cuidados de enfermería, así también nos dice que el ser humano es afectado por el entorno (ambiente).

### **2.3. Definición de términos básicos**

Adulto mayor: Es la población comprendida entre los 60 a más años de edad<sup>4</sup>.

Familia: Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan<sup>31</sup>.

Redes sociales: conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos<sup>32</sup>.

Redes de apoyo: Todas aquellas formas de ayuda ofrecida por la sociedad y que las personas requieren en sus diferentes etapas de la vida<sup>33</sup>.

Vivienda: es el lugar en donde una persona vive, reposa, se alimenta, goza de sus pasatiempos; es sentimentalmente hablando “el santuario de su vida privada”<sup>34</sup>.

Situación económica: Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen<sup>35</sup>.

Condición sociofamiliar: Conjunto de características que se centra en la familia, en el entorno social (vivienda, relaciones sociales y redes de apoyo) y en el ámbito económico, ya que ello determina en gran medida el bienestar o malestar de la persona<sup>36</sup>.

Asentamiento humano: Se considera como toda manifestación o presencia de personas con residencia fija en un lugar determinado, a partir del cual desarrollan sus actividades vitales<sup>37</sup>.

# CAPÍTULO III

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **Tipo de investigación**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la estadística. Este tipo de investigación es altamente estructurada, en donde se especificó las características principales del diseño antes de obtener un solo dato, en el cual se cuantifican y se someten a análisis<sup>38</sup>.

#### **Diseño de investigación**

Según el análisis y alcance de los resultados fue descriptivo, ya que en ella se destacaron las características o rasgos de la situación, fenómeno u objeto de estudio, teniendo como función principal la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio que constituye la base de partida para otras investigaciones<sup>39</sup>.

Según el diseño es no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente la variable, y se observó fenómenos tal y como se presentaron en su contexto natural, para después analizarlos<sup>40</sup>.

De acuerdo al periodo de recolección de datos, fue transversal, ya que se estudió el evento en un periodo de tiempo corto<sup>41</sup>.

### **3.2. Población y muestra**

La población estuvo conformada por 60 adultos mayores del asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016, según el comité del adulto mayor de dicho asentamiento.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de sexo femenino y masculino, que habitan en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario.
- Adultos mayores que desearon participar en la investigación.
- Adultos mayores, mentalmente saludables.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no desean participar en dicha investigación.
- Adultos mayores con problemas mentales.

Por ser una población pequeña las investigadoras optaron por trabajar con toda la población y por ende no se realizó ningún tipo de muestreo.

### **3.3. Variables**

Condición sociofamiliar del adulto mayor.

### **3.4. Operacionalización**

#### **Objeto de Estudio:**

Condición sociofamiliar del adulto mayor.

#### **Definición Conceptual:**

La condición sociofamiliar es el conjunto de características que se centra en la familia, en el entorno social (vivienda, relaciones sociales y redes de apoyo) y en el ámbito económico, ya que ello determinó en gran medida el bienestar o malestar de la persona.

#### **Definición operacional:**

Se aplicó la escala de valoración sociofamiliar del adulto mayor “Gijón”, la cual evaluó cinco dimensiones: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Cuyo puntaje equivale

Buena/aceptable situación social = 5 a 9 puntos

Riesgo social = 10 a 14 puntos

Problema social = si es más de 15.



<b>Variable Dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.</b>
Condición Sociofamiliar del adulto mayor.	Situación familiar	Relación Familiar Dependencia física-psíquica	Escala de Valoración Sociofamiliar en el Anciano "Gijón".
	Situación Económica	Ingreso mensual	
	Vivienda	Infraestructura Estado general de la vivienda	
	Relaciones Sociales	Interacción con la comunidad Comunicación familiar	
	Apoyo de La Red Social	Apoyo familiar y comunitario. Seguro social	

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de**

#### **datos 3.5.1. Técnicas de recolección de datos**

La presente investigación utilizó como técnica la encuesta, esta permite obtener información sobre hechos, opiniones, actitudes y conductas de un grupo de personas o una muestra<sup>42</sup>. El instrumento que se utilizó para recolectar los datos fue la escala de Gijón.

#### **3.5.2. Instrumentos de recolección de datos**

El instrumento que se utilizó es la escala de valoración sociofamiliar “Gijón” (Anexo 1), en la que se agregó un código, sexo, edad y grado de instrucción; y nos permitió la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trató de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 categorías en cada una de ellos; obteniéndose una puntuación global, de 5 a 9 puntos: Buena/aceptable situación social, de 10 a 14 puntos: Existe riesgo social, y si es más de 15: Existe problema social. Dicho instrumento ya está validado, por lo tanto no necesitó ser validado por expertos<sup>43</sup>.

### **3.6. Procedimientos para recolección de datos**

Se acudió al asentamiento humano Miguel Grau Seminario, donde se realizó una visita domiciliaria a los adultos mayores de 60 años a más, se le explicó narrativamente del trabajo de investigación a realizar y se esperó su aceptación a través de la firma del consentimiento informado.

### **3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos**

Una vez recolectado los datos, se inició el procesamiento de la información, para su descripción e interpretación en el programa SPSS, que es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que es capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos, etc. Su aplicación fundamental está orientada al análisis multivariante de datos experimentales<sup>44</sup>.

### **3.8. Principios éticos**

En la presente investigación, se tuvo en consideración los principios del Informe Belmont<sup>45</sup>, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, el cual consta de tres principios fundamentales: respeto a las personas, beneficencia, y justicia.

El respeto a las personas, incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. A los adultos mayores del asentamiento humano se les brindó la información necesaria de la investigación para su libre determinación de participar firmando el consentimiento informado. (Anexo 2)

El principio de beneficencia, trata de buscar el bien para las personas participantes en una investigación con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones, este principio va referido a los sujetos participantes garantizando la minimización de riesgos. En la investigación cuidamos la intimidad del adulto mayor del asentamiento humano Miguel Grau Seminario ocultando su identidad para no causar ningún daño moral, social o familiar.

El principio de justicia es que las personas deben ser tratadas de un modo igualitario. Está referido al uso de procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administren correctamente. A los adultos mayores del asentamiento humano, se les trató en forma equitativa y justa; antes, durante y después de su participación en el estudio, con un trato respetuoso y amable en todo momento.

### **3.9. Criterios de rigor científico**

#### **Validación**

Es la exactitud con la que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con un instrumento, este puede ser fiable pero no válido; pero si es válido ha de ser también fiable<sup>46</sup>. El instrumento que se utilizó es la escala de Gijón el cual ya se encontró validado. (Anexo 3)

#### **Confiabilidad**

Se refiere al grado de confianza o seguridad con el cual se pueden aceptar los resultados obtenidos por un investigador basado en los procedimientos utilizados para efectuar su estudio. Según esto, sus resultados serán confiables si otro investigador que siguiera los mismos procedimientos del primero obtuviera los mismos resultados que éste<sup>46</sup>. En la escala de Guijón la fiabilidad interobservador es muy elevada (Índice de Kappa de 0.957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0.142).

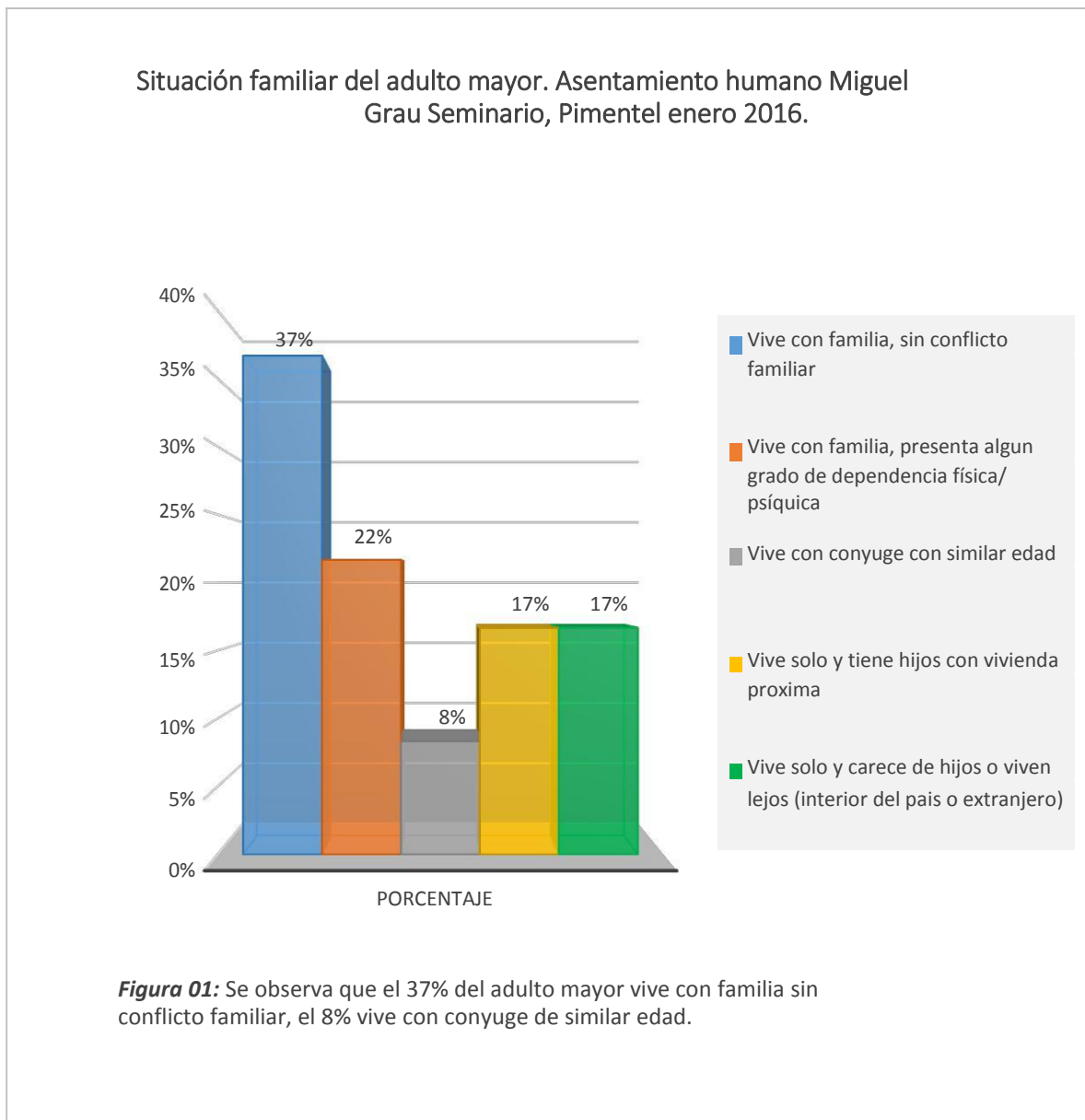
#### **Consistencia**

Es la guía de movimiento de búsqueda de unidad en la variedad partiendo de la noción inicial del investigador buscando describir la integración de la variedad que existe en la unidad subyacente<sup>47</sup>. Dentro de la consistencia teórica nos respaldó el MINSA, escala de Guijón y la consistencia metodológica fue reflejada en la Matriz metodológica. (Anexo 4)

# **CAPÍTULO IV**

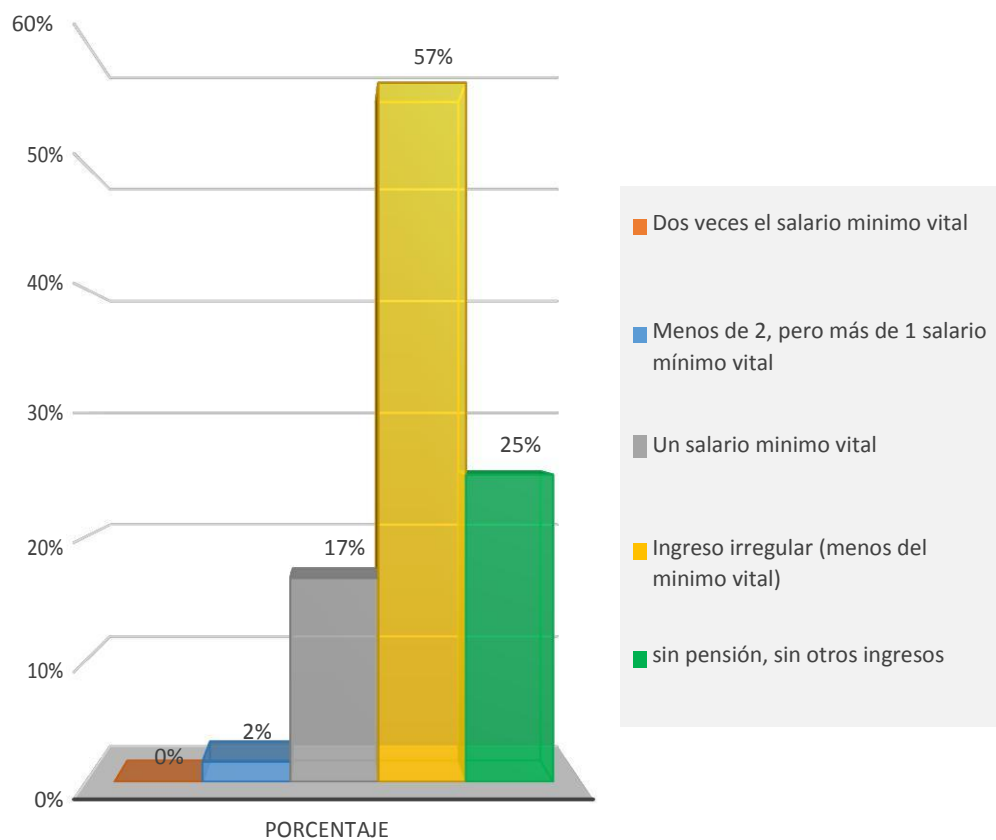
## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados en tablas y gráficos



**Fuente:** Escala "Gijón" de Valoración Socio-Familiar en el Anciano 2006.

Situación Económica del adulto mayor. Asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel enero 2016.

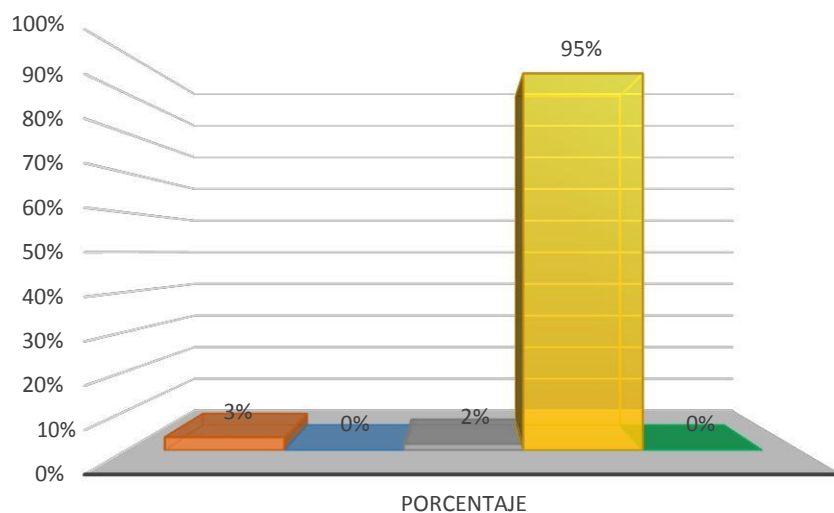


**Figura 02:** Se observa que el 57% del adulto mayor tiene un ingreso económico irregular, el 2% tiene un ingreso menos de 2, pero mas de 1 salario mínimo vital.

**Fuente:** Escala "Gijón" de Valoración Socio-Familiar en el Anciano 2006.



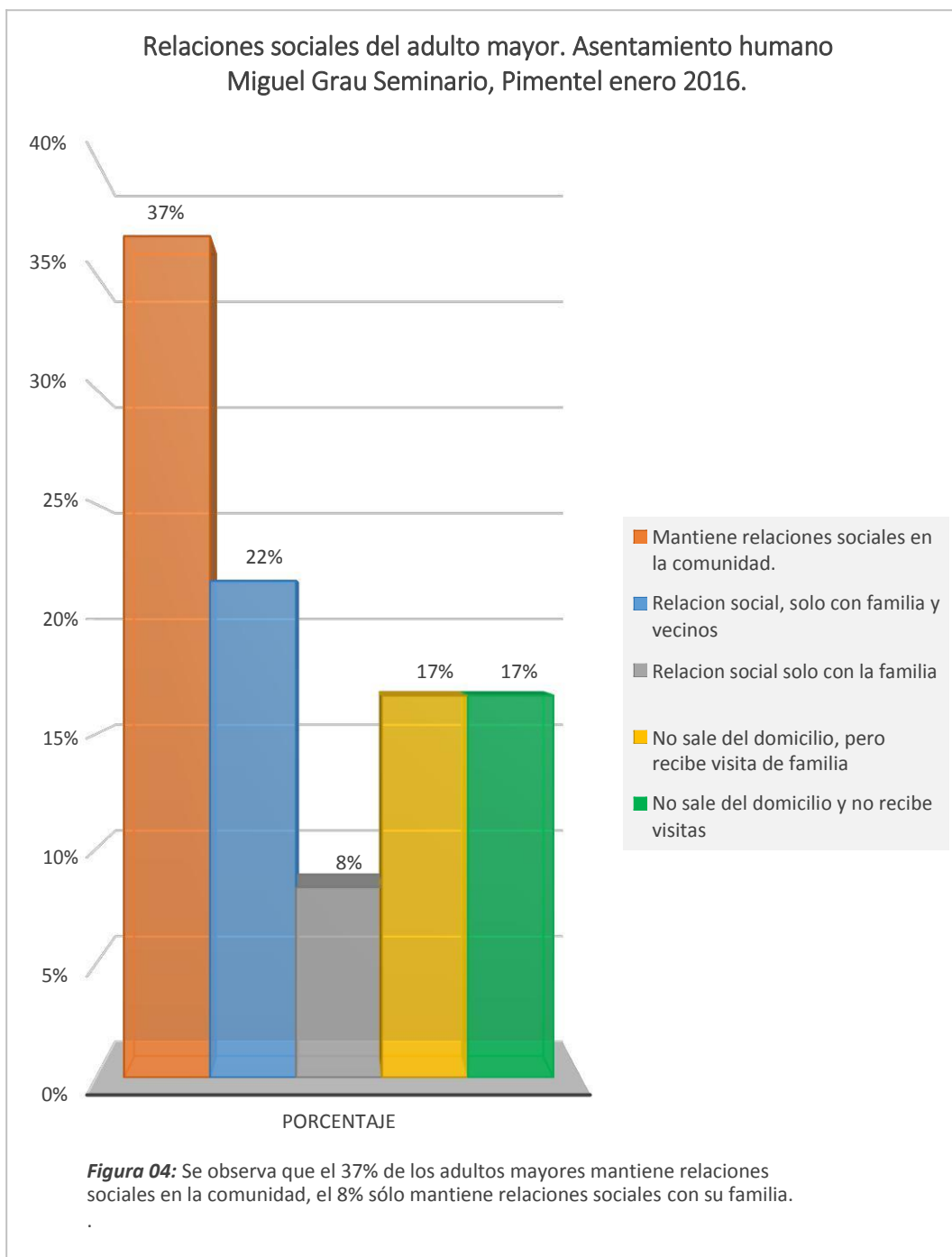
Condición de la vivienda del adulto mayor. Asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel enero 2016.



- Adecuada a las necesidades
- Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)
- Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)
- Vivienda semiconstruida o de material rustico
- Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda

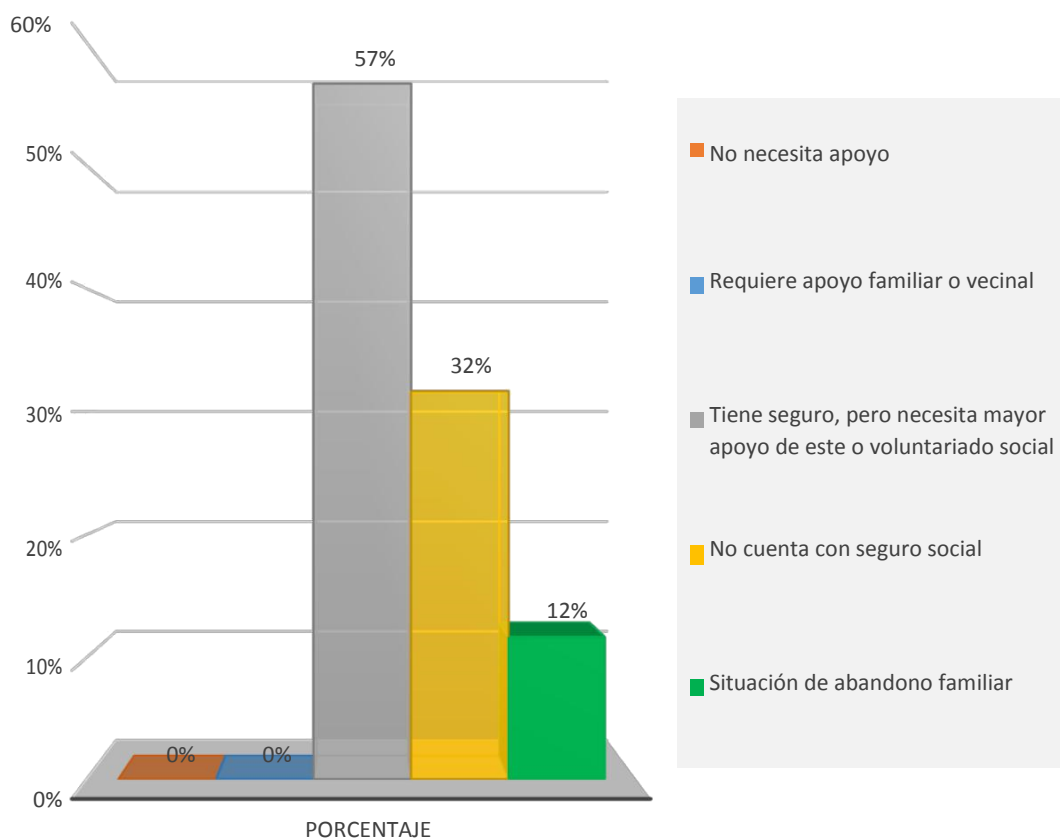
**Figura 03:** Se observa que el 95% de los adultos mayores presentan una vivienda semiconstruida o de material rustico, el 2% presenta una vivienda en mala conservación.

**Fuente:** Escala "Gijón" de Valoración Socio-Familiar en el Anciano 2006.



**Fuente:** Escala "Gijón" de Valoración Socio-Familiar en el Anciano 2006.

Redes sociales de apoyo del adulto mayor. Asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel enero 2016.



**Figura 05:** Se observa que el 57% de los adultos mayores tienen seguro, pero necesitan mayor apoyo de este o voluntariado social; el 12% se encuentra en situación de abandono familiar

**Fuente:** Escala "Gijón" de Valoración Socio-Familiar en el Anciano 2006.

## 4.2. Discusión de los resultados

Según la OMS<sup>4</sup>, considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años, ésta es una etapa de la vida enmarcada por la experiencia y la sabiduría, sufren cambios físicos y psicológicos ocasionando el declive de sus actividades cotidianas, volviéndolas así dependientes e incluso presentan sentimientos de tristeza, soledad y abandono.

La presente investigación se realizó en adultos mayores del asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel, departamento de Lambayeque, como se puede evidenciar, en la figura 01 con respecto a la situación familiar el 37 % vive con su familia sin conflicto familiar, el 22% vive con su familia y presenta algún grado de dependencia física/psíquica, el 17% viven solos y tienen hijos con vivienda próxima, 17% viven solos y carecen de hijos o viven lejos y el 8% vive con cónyuge de similar edad.

Se sabe que la familia es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes<sup>48</sup>. Así mismo, es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros<sup>49</sup>; por ello la vida de los adultos mayores se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes estos sienten cercano, la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional<sup>26</sup> ya que acrecienta su importancia con el envejecimiento de

sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo<sup>48</sup>.

Por ende, las ventajas de la familia en su rol de cuidadores de adultos mayores es señalada por tener generalmente como objetivo la seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicación exagerada y falta de afecto<sup>48</sup>.

Como se evidencia, la población de los adultos mayores que habitan en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario el 37% viven con familia sin conflicto familiar, teniendo en ella un gran apoyo emocional y psicológico evitando cualquier tipo de conflictos que perturben su estado de ánimo, por lo que se considera que la familia es la institución más importante para el adulto mayor y como parte integrante de ella tiene mucho por contribuir y aportar.

Así también, en dicho estudio se observó que los adultos mayores presentan un déficit de sus capacidades físicas y psicológicas; el envejecimiento implica una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos con el paso del tiempo, las cuales disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del ambiente que les rodea; esto significa que un individuo que envejece, se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar a partir de su adaptación utilizando sus órganos, músculos, huesos, sistemas o microorganismos, etc<sup>15</sup>.

Sin embargo uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas; estos cambios, junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, como consecuencia la pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda<sup>50</sup>. Entre las características físicas más comunes que se presentan en el envejecimiento se encuentra la disminución de las capacidades sensoriales (visual, auditiva, gustativa, olfativa e incluso táctil) y en lo que se refiere al envejecimiento psicológico, lo más relevante son los deterioros en la pérdida de memoria, la cual frecuentemente está asociada con la enfermedad de Alzheimer<sup>15</sup>.

Estos cambios que presentan los adultos mayores conllevan a la dependencia, que es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes considerados normales. Esta definición implica que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas<sup>51</sup>.

En dicha investigación los adultos mayores, el 22% viven con su familia pero presentan un grado de dependencia física o psíquica, los cambios que se evidenciaron en los adultos mayores de dicho asentamiento humano fue la disminución de la agudeza visual y auditiva, necesitando del apoyo familiar para realizar las actividades diarias, sintiendo la protección de los seres que le rodean.

Todos estos cambios tienen implicaciones en la vida diaria de quien las sufre así como de sus familiares, cuidadores y amigos; causando abandono de actividades que denoten independencia como cocinar, coser, escribir, etc. Pueden también provocar accidentes como caídas por deterioros en la vista o intoxicaciones debido a trastornos olfativos, aislamiento o abandono cuando se tienen problemas auditivos debido a que esto se relaciona con la comunicación y socialización con los demás, ya que puede parecer molesto para las personas tener que levantar la voz para poder entablar una conversación, entre otras<sup>15</sup>.

Esto se pudo observar en dicho asentamiento humano, donde el 17% de los adultos mayores viven solos o tienen hijos que viven lejos, esto se puede relacionar a los cambios que sufre el adulto mayor tanto físico y psíquico, donde la familia no desea cumplir las tareas como cuidador optando por abandonarlos.

También se evidenció que un porcentaje de adultos mayores se sienten solos o abandonados al no contar con algún familiar cerca de ellos que les proporcione afecto; este abandono conlleva al adulto mayor a la soledad, que es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener

el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc<sup>52</sup>.

Dentro del núcleo familiar, la relación con los hijos influye especialmente en la percepción subjetiva de soledad. Un tipo de vínculo favorable u hostil será determinante en la prevención o aparición del sentimiento de soledad. Si la salida del hogar por parte de los hijos, no conlleva una posterior relación fluida con sus padres, se irán debilitando los vínculos paternofiliares, pudiendo generar en el adulto mayor distintas sensaciones de abandono e indefensión<sup>53</sup>.

A su vez, el rol del abuelo dentro de la familia también cumple una importante función para la evaluación cognitiva de soledad. La forma en que se experimenten estas relaciones se vuelve un aspecto fundamental para su bienestar subjetivo y calidad de vida<sup>53</sup>.

En dicho asentamiento humano, el 17% de los adultos mayores viven solos pero tienen hijos con vivienda próxima y otro 17% viven solos pero carecen de hijos o viven lejos; este deterioro en dichas relaciones y la falta de pertenencia al grupo primario, podría eventualmente generar un sentimiento de soledad en el adulto mayor.

Otro elemento importante cuando se relaciona vejez con soledad es la pérdida de seres queridos, es difícil no pensar en la muerte cuando se habla de la tercera edad, con la viudez se pierde una relación íntima muy



significativa que además podría cambiar las relaciones con otras personas de la red social implicando la posibilidad de desencadenar un doble sentimiento de soledad: emocional y social<sup>54</sup>. En el asentamiento humano, los adultos mayores viven solos, muchas de estas causas se puede relacionar a la pérdida de su cónyuge con el cual compartían roles y actividades juntos, desencadenando así sentimientos de soledad; solo un 8% de los adultos mayores viven con cónyuge de similar edad.

En la figura 02 se evidencia que la situación económica del adulto mayor, el 57% presentan un ingreso irregular (menos del mínimo vital), el 25% no cuenta con una pensión, el 17% recibe un salario mínimo vital, el 2% menos de 2, pero más de 1 salario mínimo vital y el 0% dos veces el salario mínimo vital.

En el ámbito económico, uno de los principales signos del envejecimiento es el dejar de trabajar debido a la vejez, y es justamente entonces cuando se pasa a una dependencia ante las necesidades de consumo. Enfocando la parte laboral desde el concepto de vejez como pérdida de autonomía y de adaptación, es común que conforme un trabajador va envejeciendo se le vayan acumulando deterioros físicos y mentales. Estos desgastes repercuten en su capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias de trabajo, disminuyen sus niveles de productividad y en muchos casos se incrementan riesgos laborales. Estas condiciones dependen, desde luego, de factores individuales y de la clase de trabajo que desempeña<sup>26</sup>. En dicho estudio, los adultos mayores presentan deterioros físicos como la pérdida auditiva y de la

visión, ocasionando que ya no cuenten con un trabajo, haciéndolos dependientes de otras personas.

Debido al cese de la actividad, abrupto o paulatino, siempre conlleva para la población adulta mayor a pérdidas de ingreso, lo que repercutirá en diversas maneras que dependen de las capacidades y características de cada persona. En lugar de salarios o ganancias por el trabajo, se llega a la dependencia cuando las necesidades se cubren por medio de una pensión, la ayuda familiar, las redes sociales de apoyo, los programas oficiales y privados de beneficencia, o la caridad pública. En muchos casos esto implica empobrecimiento no solo de la persona adulta mayor, sino también de su entorno social y familiar<sup>26</sup>. En dicha investigación, se evidenció que los adultos mayores en un 25% no cuentan con ingresos para satisfacer sus necesidades de subsistencia, necesitando la ayuda de otras personas para sobrevivir.

Así mismo, el Perú ha otorgado protección a los adultos mayores de 65 años a más, pertenecientes a grupos sociales especialmente vulnerables, logrando su bienestar; esta ley es la Pensión 65 y tiene como propósito dotar de un ingreso periódico que atenúe la vulnerabilidad social de las personas adultas mayores que viven en condición de extrema pobreza, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. La misión de este programa es brindar protección social a los adultos mayores que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención económica que le permita incrementar su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos

mayores a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental<sup>11</sup>.

En el asentamiento humano Miguel Grau Seminario, se evidenció que los adultos mayores en su mayor porcentaje cuentan con un ingreso económico menos del mínimo vital, otros que no cuentan con una pensión y solo cuentan con el apoyo de sus vecinos, lo que ocasiona que no puedan cubrir con todas sus necesidades.

En la figura 03 se observa que en relación a la condición de la vivienda, el 95% cuentan con una vivienda semiconstruida o de material rustico, el 3% adecuada a las necesidades y el 2% en mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).

Por ello, 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 adulto mayor<sup>28</sup>.

Según las características integrales de la vivienda para el adulto mayor, estas constituyen un elemento fundamental en la vida de cualquier persona, es un espacio donde las personas crean su propio ambiente y desarrollan sus relaciones interpersonales más cercanas, garantizando la autonomía,

seguridad, dignidad, confort e independencia para el desempeño de las actividades e influye favorablemente en los procesos restauradores de la salud, cuando sus espacios funcionales reúnen las condiciones apropiadas para los que fueron diseñados. Las condiciones de la vivienda pueden considerarse factores de riesgo o por el contrario agentes positivos de la salud de sus residentes. También constituye la expresión suprema de la humanización del ambiente y es considerado un elemento clave en la prevención de enfermedades y en la promoción de salud<sup>28</sup>.

Por otro lado, las viviendas pueden presentar barreras, que son aquellos impedimentos, trabas u obstáculos que limiten o impidan el acceso a la libertad de movimientos, la permanencia o la circulación con seguridad de todas las personas, especialmente las que tienen movilidad y/o comunicación reducida. La eliminación y/o la corrección de las barreras arquitectónicas tienen como objetivo evitar accidentes y caídas y lograr desplazamientos seguros que sirvan para obtener la mejor calidad de vida posible<sup>29</sup>.

Se evidenció que los adultos mayores de dicha investigación, el 95% presentan una vivienda semiconstruida o de material rustico, estos hogares están contruidos a base de material de adobe y caña, con pisos de tierra y desnivelados, propensos a sufrir caídas que perjudiquen su estado físico; en su menor porcentaje las viviendas mantienen una mala conservación, presentan mala higiene, humedad, hacinamiento y baños incompletos que pueden alterar su salud.

En la figura 04 se observa, que el 37% mantiene relaciones sociales en su comunidad; el 22% mantienen relaciones sociales solo con su familia y vecinos; el 17% no salen del domicilio, pero reciben visitas de sus familias; por otro lado el 17% no sale del domicilio y no recibe visitas y el 8% solo mantiene relación social con su familia.

Se sabe, que toda persona es esencialmente un ser de relación. El ser humano se gesta y evoluciona en otro, con otros. La sociabilidad es un aspecto esencial del desarrollo de las personas y se refiere a la capacidad que tienen los seres humanos de orientarse hacia los demás, de entrar en contacto con otros, de establecer relaciones con otros<sup>55</sup>.

Es así, que la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida, específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros<sup>23</sup>.

Por otra parte, las personas que cuentan con redes sociales activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes. Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, permitiendo contactarse con su grupo de pares y compartir más allá de la carencia, convirtiéndose en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrepasar la crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su

autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y, por ende, la identidad<sup>23</sup>.

En dicho asentamiento humano, el 37% de los adultos mayores mantiene relaciones sociales en su comunidad, haciéndolos participe de actividades y motivando el vínculo afectivo con personas de su mismo entorno, intercambiando ideas, pensamientos y fomentado el compañerismo.

Es así, que la tercera edad no supone un cese en la vida de la persona, sino más bien un proceso continuo de crecimiento en el que los mayores siguen ocupando un lugar en la sociedad y desempeñando un nuevo rol. Nunca debemos olvidar que mientras se vive se conserva la capacidad para disfrutar de los placeres que la vida nos ofrece. Siempre se ha creído que cuando se envejece, hay una desconexión de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por la disminución de las funciones y por una reducción de la exigencia productiva a la persona. Así también, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que se está viviendo<sup>56</sup>.

Se observó que el 17% de los adultos mayores del asentamiento humano presentan una desconexión del mundo que los rodea, debido a que

no salen del domicilio y no reciben visitas de sus familiares y amigos, aislándolos de su entorno, apartándolos de las personas con las que puedan relacionarse, convirtiéndolos en personas con alteraciones de estados emocionales que les impide gozar de su etapa dignamente.

Por otro lado, en la figura 05, se evidenció con respecto a las redes de apoyo, el 57% de los adultos mayores tienen seguro pero necesitan más apoyo social, el 32% no cuenta con seguro social y el 12% presenta situación de abandono familiar.

Se sabe que las redes de apoyo son todas aquellas formas de ayuda ofrecida por la sociedad y que las personas requieren en sus diferentes etapas de la vida<sup>33</sup>.

Es así, que cuando en los hogares de origen 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)<sup>57</sup>.

Muchas veces el adulto mayor sufre abandono familiar, que es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros de la familia. Una de las razones más comunes es cuando una

persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece; situación que se transforma en causa de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. En dicho estudio el 12% de los adultos mayores presentan abandono familiar, esto supone que dichas personas no presentan ninguna red de apoyo y por ende se encuentran aislados de su entorno.

Por ello, 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 e intercambian diferentes apoyos a las personas mayores<sup>57</sup>.

Dentro de la red de apoyo para el adulto mayor, se encuentra el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema<sup>58</sup>.

En la investigación, el 57% de los adultos mayores presentan un seguro social, que les permite disfrutar de una mejor calidad de vida tratando su



salud física y emocional, pero éstos necesita mayor apoyo de este, sin embargo un 32% no cuenta con seguro de salud, impidiéndoles así gozar de cualquier privilegio para beneficio de ellos mismos.

# **CAPÍTULO V**

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

En la presente investigación se concluye que los adultos mayores del asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016, presentan riesgo social por las siguientes características sociofamiliares:

Con respecto a la situación familiar, el 37% vive con familia sin conflicto familiar, el 22% vive con familia y presenta algún grado de dependencia física/psíquica, el 17% viven solos y tienen hijos con vivienda próxima, 17% viven solos y carecen de hijos o viven lejos y el 8% vive con cónyuge de similar edad.

En relación a la situación económica del adulto mayor, el 57% presentan un ingreso irregular (menos del mínimo vital), el 25% no cuenta con una pensión, el 17% presentan un salario mínimo vital, el 2% menos de 2, pero más de 1 salario mínimo vital y el 0% dos veces el salario mínimo vital.

Según la condición de la vivienda se concluye que el 95% cuenta con una vivienda semiconstruida o de material rustico, el 3% adecuada a las necesidades y el 2% en mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).

Con respecto a las relaciones sociales, el 37% mantiene relaciones sociales en su comunidad; el 22% mantienen relación social solo con su familia y vecinos; el 17% no sale del domicilio, pero reciben visitas de su familia; por otro lado el 17% no sale del domicilio y no recibe visitas y el 8% solo mantiene relación social con su familia.

En relación a las redes sociales de apoyo del adulto mayor, el 57% de tienen seguro pero necesitan más apoyo social, el 32% no cuenta con seguro social y el 12% presenta situación de abandono familiar.

## **5.2. Recomendaciones**

Que la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, continúe con el Programa del Adulto Mayor dentro de prácticas Pre - profesionales del área de Promoción de la Salud, poniendo énfasis en la familia de los adultos mayores concientizando sobre la importancia de brindar aportes afectivos, vínculos que favorezcan la autoestima para el desarrollo y bienestar del geronto, con el fin de generar lazos de cariño, amor y respeto en cada integrante de la familia.

Así también, se recomienda a la familia de los adultos mayores a mantener viviendas saludables, evitando barreras que les impida la libertad de sus movimientos, evitando así accidentes y caídas; mejorando su calidad de vida.

El profesional de enfermería del centro de atención de los adultos mayores del asentamiento humano Miguel Grau Seminario, que tomen en consideración estos resultados y hallazgos del presente estudio, y mediante la búsqueda

extramural captar a los adultos mayores; a fin de mejorar e implementar estrategias que contribuyan a la participación del adulto, rediseñando programas promocionales en esta comunidad.

Al municipio proponer la creación de un comedor para los adultos mayores de bajo recurso económico y gestionar la seguridad económica que contribuya a mejorar su bienestar a través de la afiliación al programa pensión 65 a los adultos de extrema pobreza, así también que junto a INDECI elaboren un plan para evaluar las viviendas de los adultos mayores.

Al Comité del Adulto Mayor de dicha comunidad con la enfermera del Centro de Salud, deberán realizar actividades sociales y participativas a través de tareas recreativas que contribuyan a propiciar la mayor incorporación a la sociedad, evitando sentimientos de soledad y aislamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villareal G, Month A. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo. [Tesis pregrado]. Colombia; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de Vida. 2015 [fecha de acceso 29 de agosto 2015]. URL disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
3. DESA. La situación demográfica en el mundo. [informe en internet]\*; 2014 [28/08/2015]\* disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
5. Ministerio de mujer y poblaciones vulnerables. PLANPAM 2013-2017.Lima: MIMP; 2013.
6. Personas adultas mayores [en línea].Perú: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; 2014. [fecha de acceso 27 de agosto 2015].URL disponible en:

[http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6694%3Apersonas-adultas-mayores-en-el-peru-alcanzara-el-22-8-de-la-poblacion-en-el-ano-2050&catid=54&Itemid=445](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=6694%3Apersonas-adultas-mayores-en-el-peru-alcanzara-el-22-8-de-la-poblacion-en-el-ano-2050&catid=54&Itemid=445)

7. Instituto nacional de estadística informática. Estado de la población peruana. Perú: INEI; 2014.
8. Instituto nacional de estadística informática. Situación de la población adulta mayor [informe técnico]\*; 2015 [29 de agosto de 2015]\* disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2015.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2015.pdf)
9. Yabar C, Ramos W, Rodríguez L, Díaz V. Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Redalyc.org [en línea].2009. [fecha de acceso 02 de setiembre de 2015]; 13 (3); 1-8: disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120367008>
10. Sepúlveda C, Rivas E, Bustos L, Illesca M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre de las casas y nueva imperial. Ciencia y enfermería. 2010; 16(3): 49-61.
11. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Pensión 65. <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/pension-65>.

12. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. 2008; 25 (4): 374-79.
13. Torres J y Torres J. Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo. [Tesis pre grado]. Chiclayo; 2013.
14. Organización de las Naciones Unidas. Inclusión de las personas mayores. 2015. [fecha de acceso 20 de mayo 2016].URL disponible en: <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>.
15. Peña J, Marcía N, Morales F. Manual de practica básica del adulto mayor. 2°ed. México: El manual moderno; 2011.
16. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la organización mundial de la salud. "Promover un estilo de vida para las personas mayores. En: guía regional para la promoción de la actividad física. Washington, 2002.
17. Romero K. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al centro de salud, San Juan de Miraflores. [Tesis pre grado]. Lima; 2011.
18. Ministerio de la Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006.



19. Buitrago V, Padilla M. Factores protectores y de Riesgo sociofamiliar para la salud mental de la población adulta mayor hospitalizada en la clínica Nuestra Señora de la Paz durante el segundo semestre de 2007.[tesis pregrado]. Bogotá; 2008.
20. Papalia D. Desarrollo Humano. 2º ed. México: Mc Graw Hill; 1986.
21. Lesur L. Cuidado de los adultos mayores. 1ºed. México: Trillas; 2012.
22. Orbegoz L, Uribe A. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. España: D-Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
23. Zapata H. Adulto mayor: Participación de identidad. Chile: Red Revista de Psicología; 2005.
24. Lainez M, Leal J. Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en la Navarra. España: Universidad Complutense de Madrid; 2005.
25. Cervera L, Hernández R, Pereira I, Sardiñas O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC 2008; 12 (6):1-6.
26. Domínguez T, Espín A, Bayorre H. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (5): 418-422.

27. Ham R. Los Umbrales del envejecimiento. México: El Colegio de México, A.C; 2010.
28. Phippen R. La vivienda para el adulto mayor. Rev Invi 2002; 10(6): 9-16.
29. Di Veroli D, Schmunis E. Arquitectura y envejecimiento: hacia un hábitat inclusivo. Buenos aires: Nobuko; 2008.
30. Attewell A. Florence Nightingale. UNESCO: oficina internacional de educación. Francia, 2000.
31. Instituto interamericano del niño. Concepto De Familia: inn; 2012.
32. Guzmán M, Huenchuan S. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual [en línea]. 2012 [fecha de acceso 08 de setiembre de 2015]; disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_imgshnvmo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_imgshnvmo.pdf)
33. Fundación para el Bienestar del adulto mayor I.A.P. Redes sociales de apoyo con adultos mayores [en línea]. 2007 [fecha de acceso 08 de setiembre de 2015]; disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/RedesSocialesFUNBAM.pdf>

34. La Vivienda [fecha de acceso 09 de setiembre de 2015]. URL en:  
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2108/29.pdf>
35. Diferencia entre situación económica y situación financiera [fecha de acceso 09 de setiembre de 2015]. URL en:  
<http://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>.
36. Alarcón MT, González JI. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33:178-179.
37. ONE. Asentamientos humanos urbanos y rurales concentrados. 2006.
38. Monje C. Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Nieva [en línea]. 2011. [fecha de acceso 14 de setiembre de 2015]; disponible en:  
<http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
39. Tam J, Vera G, Oliveros R. Tipos, métodos y estrategias de investigación científica [en línea]. 2008. [fecha de acceso 14 de setiembre de 2015]; disponible en:  
[http://www.imarpe.pe/imarpe2/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj\\_modela\\_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf](http://www.imarpe.pe/imarpe2/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_modela_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf)

40. Dzul M. Diseño no experimental. Aplicación básica de los métodos científicos [en línea]. [fecha de acceso 14 de setiembre de 2015]; disponible en: [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI Presentaciones/licenciatura en mercadotecnia/fundamentos de metodologia investigacion/PRES38.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf)
41. Martínez M, Briones R, Cortez J. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2ª ed. México: Javier de León Fraga; 2010.
42. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación 5ª ed: McGRAW-HILL/ Interamericano; 2010.
43. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington, 2002.
44. Bausela E. SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos. Revista de informática educativa y medios audiovisuales 2005; 2(4): 62-69.
45. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Informe en internet]\*; 2003 [20/09/2015]\* disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
46. Ramos A. Validez y confiabilidad de instrumentos en la investigación cuantitativa. [diapositiva]. Santa Ana de Coro: ASOVEMAT; 2010.36 diapositivas.

47. Palermo S. Metodología de la investigación científica. España: McGrawHill; 2010.
48. Imbert L. El entorno familiar del adulto mayor. Cuba: derecho y cambio social; 2013.
49. Placeres J, De León L, Delgado I. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 [fecha de acceso 01 mayo de 2016]; 33(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010)
50. Dorantes G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores. México: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 22(1); 2007.
51. Vicente A, Pociello E, Varea J. Cobertura de la dependencia: Una comparación internacional. Actuarios 2004; 22:1-23.
52. Rubio R, Cerquera A, Muñoz R, Pinzon E. Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores. Colombia: Divers 2011; 7(2): 307-319.
53. Buz, J. Envejecimiento y soledad: la importancia de los factores sociales. México: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades (CMUCH) 2013; 271-281.

54. Cervera L., Hernández R., Pereira I, Sardiñas O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Cuba: Archivo médico de Camagüey 2008; 12(6): 1-10.
55. Undurraga C. Relaciones sociales. 1era edición. Chile: Salesianos Impresores S.A; 2012.
56. Cardeño C. Relaciones familiares y sentimentales del adulto mayor. Colombia, 2012.
57. FUNBAM. Redes sociales de apoyo de los adultos mayores. México, 2005.
58. Ministerio de Salud. Seguro integral de Salud. Fecha de acceso [fecha de acceso 15 de marzo 2016]. URL disponible en [http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/index.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html).

# ANEXOS

## ANEXO 1



### ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

#### EN EL ANCIANO “GIJÓN”

**Objetivo:** Determinar la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.

**Código:**

**Edad:**

**Sexo:**

**G.I:**

SITUACIÓN FAMILIAR	SITUACIÓN ECONÓMICA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vive con familia, sin conflicto familiar.</li> <li>2. Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/ psíquica.</li> <li>3. Vive con cónyuge con similar edad.</li> <li>4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima.</li> <li>5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dos veces el salario mínimo vital.</li> <li>2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.</li> <li>3. Un salario mínimo vital.</li> <li>4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital).</li> <li>5. Sin pensión, sin otros ingresos.</li> </ol>
VIVIENDA	RELACIONES SOCIALES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuada a las necesidades.</li> <li>2. Barreras arquitectónicas en a vivienda (pisos irregulares, gradas. Puertas estrechas).</li> <li>3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</li> <li>4. Vivienda semi construida o de material rustico.</li> <li>5. Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantiene relaciones sociales en la comunidad.</li> <li>2. Relación social, solo con familia y vecinos.</li> <li>3. Relación social solo con la familia.</li> <li>4. No sale del domicilio, pero recibe visita de familia.</li> <li>5. No sale del domicilio y no recibe visitas.</li> </ol>
APOYO DE LA RED SOCIAL	VALORACION SOCIO-FAMILIAR
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No necesita apoyo.</li> <li>2. Requiere apoyo familiar o vecinal.</li> <li>3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.</li> <li>4. No cuenta con seguro social</li> <li>5. Situación de abandono familiar</li> </ol>	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social  <input type="checkbox"/> Existe riesgo social  <input type="checkbox"/> Existe problema social                 </div> <p><b>5 a 9pts:</b> Buena/aceptable situación social.  <b>10 a 14pts:</b> Existe riesgo social  <b>&gt;=15pts:</b> Existe problema social</p>



## ANEXO 2



### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION

Yo.....;

identificado (a) con el DNI ..... declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna los fines que busca la presente investigación titulada **CONDICION SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR QUE HABITA EN EL ASENTAMIENTO HUMANO MIGUEL GRAU SEMINARIO, PIMENTEL - 2016**. Que tiene como objetivo principal: Determinar la condición sociofamiliar de los adultos mayores que habitan en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel en enero de 2016.

Los datos obtenidos de mi participación, serán fielmente copiados por los investigadores, además procesados en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice la encuesta así como respetando mis derechos para responder con una negativa.

\_\_\_\_\_  
Investigadores responsables.

\_\_\_\_\_  
Adulto participante

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

<b>Instrumento:</b> Escala de Valoración Sociofamiliar en el Anciano "Gijón"		
<b>Variable:</b> Condición sociofamiliar del adulto mayor		
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Enunciados</b>
Situación familiar	Relación Familiar	Vive con familia, sin conflicto familiar.
	Dependencia	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/ psíquica  Vive con cónyuge con similar edad.  Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima  Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)



<p>Relaciones sociales</p>	<p>Interacción con la comunidad Comunicación familiar</p>	<p>Mantiene relaciones sociales en la comunidad. Relación social, solo con familia y vecinos. Relación social solo con la familia. No sale del domicilio, pero recibe visita de familia. No sale del domicilio y no recibe visitas.</p>
<p>Apoyo de la red social</p>	<p>Apoyo familiar y comunitario. Seguro social</p>	<p>No necesita apoyo. Requiere apoyo familiar o vecinal. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social. No cuenta con seguro social Situación de abandono familiar</p>

## ANEXO 4

<b>MATRIZ DE COHERENCIA METODOLÓGICA</b>		
<b>Problema de Investigación:</b> ¿Cuál es la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel- enero de 2016?		
<b>Objetivo de Estudio:</b> Condición sociofamiliar del adulto mayor		
<b>Objetivo General:</b> Determinar la condición sociofamiliar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario, Pimentel en enero de 2016.		
<b>Objetivo Especifico 1</b>	<b>Objetivo Especifico 2</b>	<b>Objetivo Especifico 3</b>
Identificar la situación familiar del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.	Identificar la situación económica del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.	Identificar las condiciones de la vivienda del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.
<b>Objetivo Especifico 4</b>		<b>Objetivo Especifico 5</b>
Identificar las relaciones sociales del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.		Identificar las redes sociales de apoyo del adulto mayor que habita en el asentamiento humano Miguel Grau Seminario de Pimentel en enero de 2016.
<b>Hipótesis:</b>		
Las autoras optaron por no formular hipótesis, porque la investigación es de tipo descriptiva simple.		
<b>Diseño/ Trayectoria Investigación:</b>	<b>Técnica de Recolección De Datos</b>	<b>Instrumento de Recolección de Datos</b>
Investigación no experimental, diseño descriptivo simple transversal.	Encuesta	Escala sociofamiliar de Gijón