

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Trabajo Social



**“FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
YANAHUARA, AREQUIPA 2017”**

Tesis presentada por las Bachilleres:
**Rozas Latorre, Viviana Geraldine
Apaza Espinoza, Rosangela**
Para optar el Título Profesional de:
Licenciada en Trabajo Social

Asesora: Mg. Ortega Paredes, Gianni Carol

AREQUIPA-PERÚ

2018

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DIRECTOR DE E.P. DE TRABAJO SOCIAL

DE : DR. EDGAR BORDA RIVERA Y MGTER. GIANNY CAROL ORTEGA PAREDES

ASUNTO: DICTAMEN DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS PRESENTADO POR LAS BACHILLERES VIVIANA GERALDINE ROZAS LATORRE Y ROSANGELA APAZA ESPINOZA EXP. 20180000015124


FECHA: 26 de Mayo 2018

Visto el documento de borrador de Tesis "FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CETRO DE SALUD YANAHUARA, AREQUIPA 2017" presentado por la Bachiller VIVIANA GERALDINE ROZAS LATORRE Y ROSANGELA APAZA ESPINOZA, El jurado dictaminador cumple con informar a Ud. el siguiente dictamen:

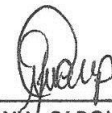
La tesis consta de: Caratula, dedicatoria, agradecimiento, Índice, índice de tablas, Resumen, Abstract, Introducción, IV capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y anexos.

DICTAMEN El Jurado Dictaminador luego de la revisión de la Tesis ha verificado que las Srtas. Bachilleres han levantado las observaciones registradas en el Pre dictamen en gran parte, por lo que son de la opinión que pueden pasar a la sustentación de las Previas Orales con los requisitos mínimos de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos.

Atentamente.



Dr. EDGAR BORDA RIVERA
DIRECTOR DE ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Mg. GIANNY CAROL ORTEGA PAREDES
DOCENTE CONTRATADO

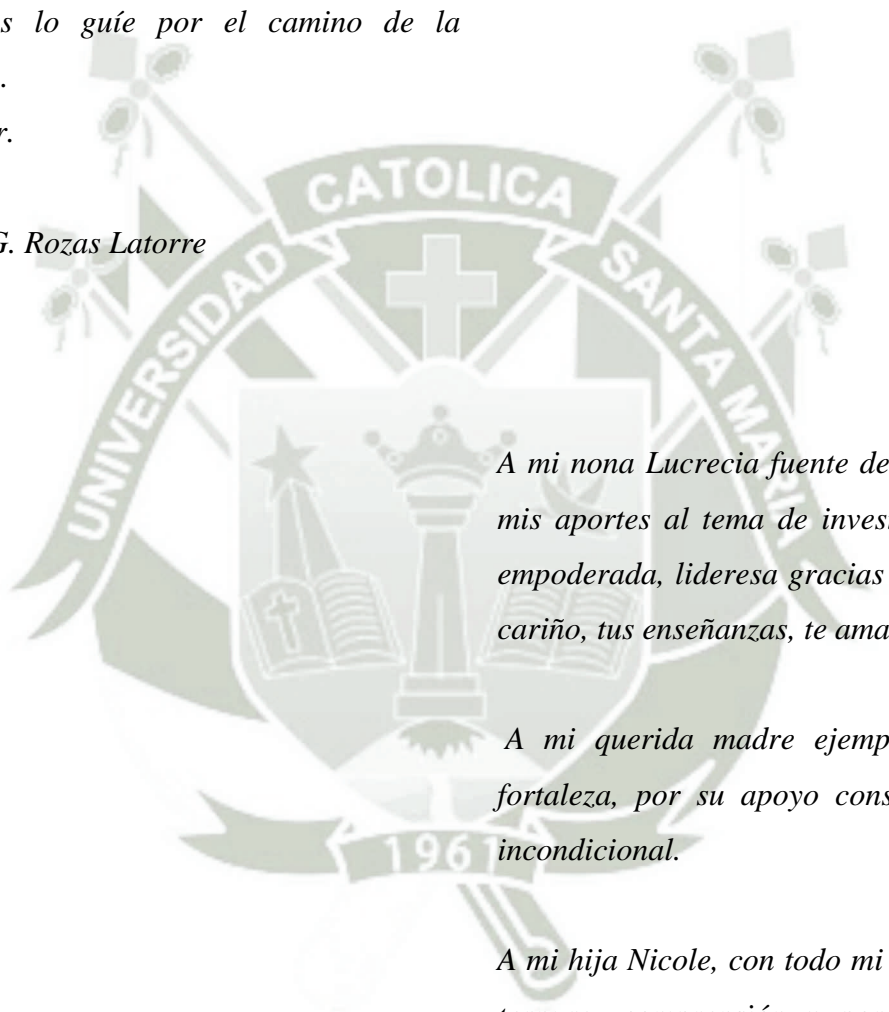


Dedico la presente tesis a mi hijo Antonio Rodolfo, que es mi orgullo, la personita más importante en mi vida, motor que me impulsa a ser cada día mejor, mi compañero de insomnio durante muchas noches.

Que Dios lo guíe por el camino de la sabiduría.

Con amor.

Viviana G. Rozas Latorre



A mi nona Lucrecia fuente de inspiración en mis aportes al tema de investigación, mujer empoderada, lideresa gracias por el inmenso cariño, tus enseñanzas, te amaré por siempre.

A mi querida madre ejemplo de lucha y fortaleza, por su apoyo constante y cariño incondicional.

A mi hija Nicole, con todo mi corazón por su ternura, comprensión y por ser fuente de inspiración para seguir fortaleciéndome como profesional.

Rosangela Apaza Espinoza

Nuestro especial agradecimiento:

A Dios Todopoderoso, por sus bendiciones y aportes en nuestra vida, fuente principal de sabiduría.

Al Jefe del Centro de Salud Yanahuara, Dr. Richard Velarde, por permitirnos desarrollar este trabajo de investigación en su Institución.

Nuestro agradecimiento muy especial a todos los Adultos Mayores que participan del estudio, porque fueron nuestra inspiración para realizar la tesis.

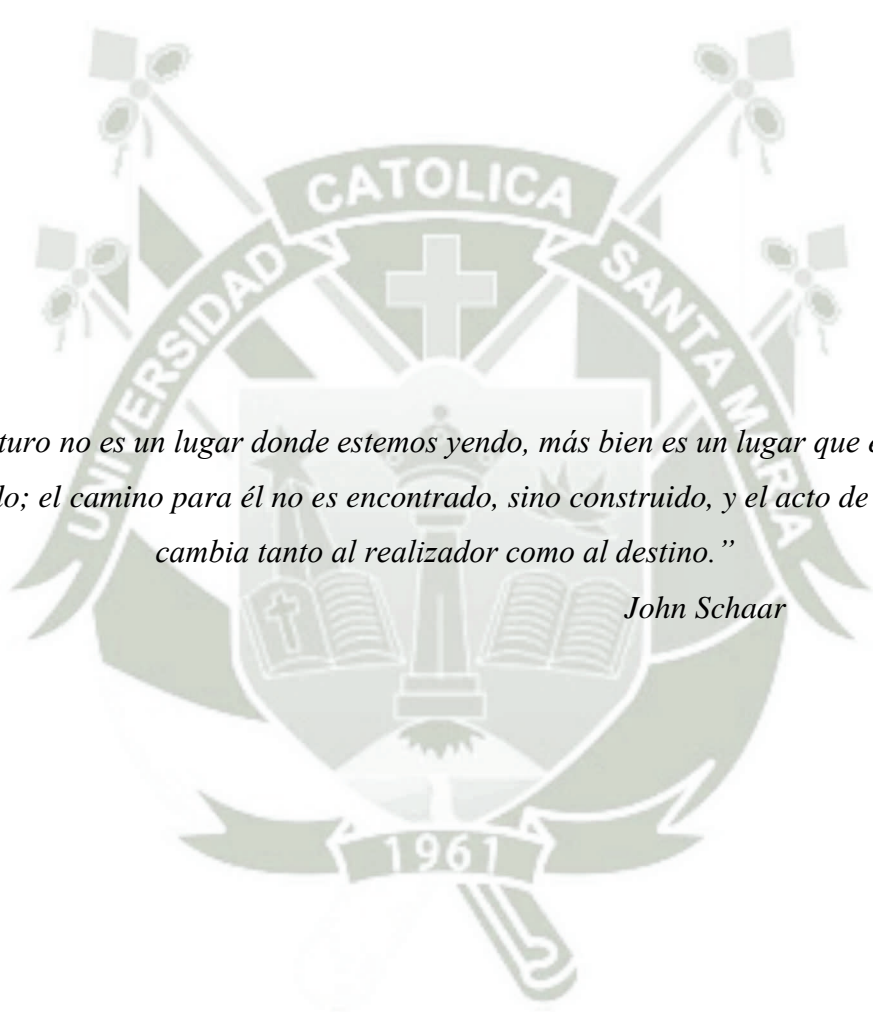
A nuestros profesores de la Escuela de Trabajo Social, por su profesionalismo y sus sabias enseñanzas.

Un agradecimiento especial a nuestros asesores y amigos por su motivación, conocimientos y experiencia en la culminación de la presente investigación.

Con cariño, agradecimiento y respeto.

Viviana Geraldine Rozas Latorre

Rosangela Apaza Espinoza.



“El futuro no es un lugar donde estemos yendo, más bien es un lugar que estamos creando; el camino para él no es encontrado, sino construido, y el acto de hacerlo cambia tanto al realizador como al destino.”

John Schaar

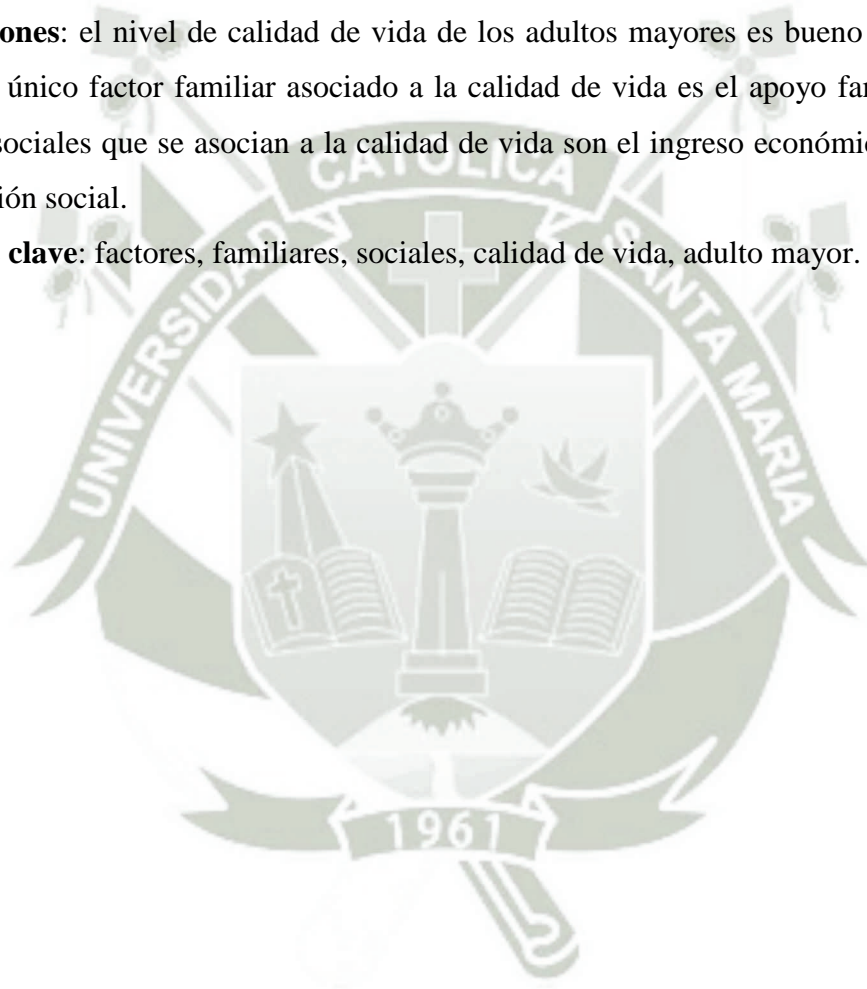
RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores familiares y sociales asociados a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.

Material y Métodos: Se utilizó la técnica de la encuesta, los instrumentos empleados fueron el cuestionario de factores familiares de los adultos mayores, la escala de valoración sociofamiliar de Gijon modificada y el Cuestionario WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor. La muestra de estudio estuvo conformada por 40 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión.

Conclusiones: el nivel de calidad de vida de los adultos mayores es bueno en 75% de casos. El único factor familiar asociado a la calidad de vida es el apoyo familiar y los factores sociales que se asocian a la calidad de vida son el ingreso económico propio y la condición social.

Palabras clave: factores, familiares, sociales, calidad de vida, adulto mayor.

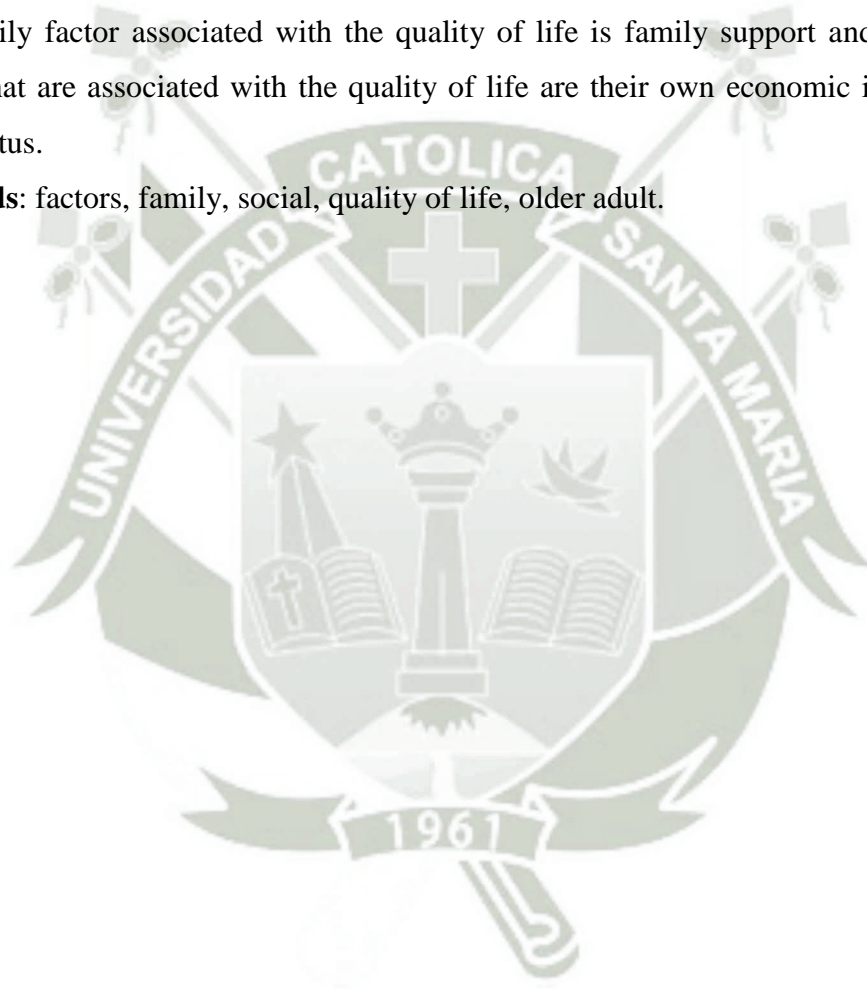


ABSTRACT

Objectives: To determine the family and social factors associated with the quality of life of the elderly served in the Yanahuara Health Center, Arequipa 2017. **Material and Methods:** The survey technique was used, the instruments used were the Family Factors Questionnaire of older adults, the modified sociofamilial assessment scale of Gijon and the WHOQOL-BREF questionnaire for the evaluation of the quality of life of the elderly. The study sample consisted of 40 older adults who met the inclusion criteria.

Conclusions: The level of quality of life of the elderly is good in 75% of cases. The only family factor associated with the quality of life is family support and the social factors that are associated with the quality of life are their own economic income and social status.

Keywords: factors, family, social, quality of life, older adult.



INTRODUCCIÓN

Diversos cambios sociales y sanitarios han propiciado que aumente la esperanza de vida tanto a nivel mundial como en nuestro país, entre los cambios mencionados, podemos destacar a la disminución de las tasas de natalidad, mejoras en los servicios de salud y atención a las personas adultas, lo que ha causado disminución de la mortalidad prematura y el consecuente incremento en la proporción de personas adultas mayores que conforman la pirámide poblacional. Según información proporcionada por CELADE-CEPAL (2011, p.6), “el envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total”. Este proceso ocurre porque intervienen en su génesis dos elementos que se combinan y relacionan entre sí, el primero de ellos, es el demográfico y el segundo el epidemiológico: En cuanto al demográfico, se dice que “son las transformaciones en la estructura de la población, sobre todo aquellas que son causadas por la disminución de la fecundidad y la mortalidad; y el segundo, “obedece al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas, agudas que afectan a este grupo etario, al mismo tiempo que se va produciendo un incremento en la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes”.

El proceso de envejecimiento, se ha estudiado desde las concepciones biológicas, funcionales, médicas, sociales, psicoemocionales, y en todas ellas, se ha establecido que en esta etapa de la vida, suceden numerosos cambios que afectan a la persona en las diferentes esferas de su existencia, y sin lugar a dudas, han surgido teorías orientadas a explicar, desde distintos puntos de vista, los cambios y consecuencias del envejecimiento, así tenemos que un hecho indiscutible es que los cambios experimentados por las personas mayores como parte del proceso de envejecimiento, pueden incidir en mayor o menor medida en su calidad de vida y en su bienestar en relación a su situación personal, familiar, social y en el rol activo e importante que los adultos mayores todavía pueden desempeñar en la comunidad.

El desarrollo de este estudio, ha sido motivado porque se ha observado que al Centro de Salud Yanahuara, en la ciudad de Arequipa, acuden adultos mayores, muchos de los cuales señalan tener sentimientos de minusvalía, falta de apoyo familiar y social,

manifiestan que se sienten solos porque su familia no les proporciona ni la calidad ni cantidad de cuidados y sobre todo el acompañamiento que necesitan, hecho que suponemos incide de forma negativa en su bienestar y calidad de vida, lo que podrían representar un factor de riesgo para el incremento de su morbilidad.

El propósito del estudio es que en base a la evaluación de las variables y análisis de los resultados obtenidos, se pueda tener una comprensión más clara de la calidad de vida de los adultos mayores, así como de los factores que se asocian a la misma, debido a que es un tema de actualidad, porque como lo demuestra la pirámide poblacional, la proporción de personas que se encuentran en la etapa de adulto mayor está en constante aumento, y esto resalta la importancia de dedicar mayor participación del Estado a través de políticas públicas y a nivel profesional una mayor preocupación e interés particularmente de los profesionales de Trabajo Social y otros profesionales del equipo multidisciplinario de salud, quienes deben realizar una atención más integral, decidida y humanista que propenda a la mejora de la calidad de vida y bienestar humano y social de los adultos mayores.

La presente investigación está organizada en capítulos; en el primer capítulo, se realiza el planteamiento teórico, que incluye el problema de investigación, variables de estudio, justificación, objetivos, además del marco teórico, los antecedentes investigativos y la hipótesis; en el segundo capítulo se desarrolla el planteamiento operacional, que describe las técnicas, instrumentos, campo de verificación, unidades de estudio, temporalidad, la estrategia de recolección de datos y el cronograma. En el tercer capítulo, se da a conocer el proceso de recolección de datos, se presentan y analizan los resultados de la investigación sistematizados en tablas estadísticas y también se encuentra el diagnóstico social del Centro de Salud Yanahuara. En el cuarto capítulo se presenta la Propuesta de Intervención y finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos respectivos.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. Problema de Investigación	
1.1. Enunciado del Problema	1
1.2. Descripción	1
1.3. Campo y Área	4
1.4. Tipo de Investigación	4
1.5. Variables	5
1.6. Interrogantes Básicas	6
1.7. Justificación	7
2. Objetivos de la Investigación	9
3. Marco Teórico	9
3.1. Adulto Mayor	9
3.1.1. Concepto	9
3.1.2. Clasificación	11
3.1.3. Cambios producidos durante el envejecimiento	11
3.1.4. Situación del Adulto Mayor en el Perú	20
3.2. Factores Familiares	22
3.2.1. Concepto	22
3.2.3. La Familia	22
3.2.3. Importancia de la familia para el Adulto Mayor	24
3.2.4. Factores Familiares que caracterizan a los Adultos Mayores	25
3.2.5. Factores Sociales	28
3.3. Calidad de Vida	28
3.3.1. Concepto	28
3.3.3. Dimensiones de la Calidad de Vida	30
3.3.3. Teorías de la Calidad de Vida	32
3.3.4. Influencia del Envejecimiento en la Calidad de Vida	33

4. Antecedentes Investigativos	35
5. Hipótesis	38
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	39
1. Técnicas e instrumentos	39
2. Campo de verificación	40
3. Unidades de Estudio	41
4. Temporalidad	41
5. Estrategia de recolección de datos	41
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
1. Proceso de Recolección de Datos	43
2. Análisis y Presentación de Resultados	44
3. Diagnóstico Social	75
3.1. Antecedentes	75
3.2. Misión y Visión	75
3.3. Objetivos	76
3.4. Relación entre la Institución y la Política Social del Sector Salud	76
3.5. Estructura Organizacional	77
4. Identificación de la Problemática	80
4.1. Descripción de los Problemas	80
5. Selección y Análisis de Problema Objeto de Intervención	81
6. Pronóstico	82
7. Problema Objeto de Intervención	82
8. Recursos	83
9. Análisis FODA del Grupo de Adultos Mayores	84
10. Modelo CANVAS del Centro de Salud	85
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA	86
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	102
REGISTRO FOTOGRÁFICO	109

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Salud Física de los Adultos Mayores. Centro de salud Yanahuara, 2017	44
Tabla 2	Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Salud Psicológica de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	46
Tabla 3	Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Relaciones Sociales de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	48
Tabla 4	Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Ambiente los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	50
Tabla 5	Nivel de Calidad de Vida Global de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	52
Tabla 6	Características Generales de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	54
Tabla 7	Influencia del Estado Civil en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	58
Tabla 8	Influencia del tipo de familia en la calidad de vida de los adultos mayores. Centro de salud yanahuara, 2017	60

Tabla 9	Influencia del Número de Miembros de la Familia en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	62
Tabla 10	Influencia del Apoyo de la familia en la calidad de vida de los adultos mayores. Centro de salud Yanahuara, 2017	64
Tabla 11	Influencia de Contar con Ingreso Económico Propio en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	66
Tabla 12	Influencia de Tener Ingreso Económico Suficiente en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	69
Tabla 13	Influencia de Contar con Seguro de Salud en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	71
Tabla 14	Influencia de la Condición Social en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Centro de Salud Yanahuara, 2017	73

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Salud Física	44
Gráfico 2. Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Salud Psicológica	46
Gráfico 3. Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Relaciones Sociales	48
Gráfico 4. Nivel de Calidad de Vida en la Dimensión de Ambiente	50
Gráfico 5. Nivel de Calidad de Vida Global de los Adultos Mayores.	52
Gráfico 6. Edad de los Adultos Mayores	55
Gráfico 7. Sexo de los Adultos Mayores	55
Gráfico 8. Nivel de instrucción de los Adultos Mayores	56
Gráfico 9. Procedencia de los Adultos Mayores	56
Gráfico 10. Influencia del Estado Civil en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores	58
Gráfico 11. Influencia del tipo de familia en la calidad de vida de los adultos mayores	60
Gráfico 12. Influencia del número de miembros de la familia en la calidad de vida de los adultos mayores	62
Gráfico 13. Influencia del apoyo familiar en la calidad de vida de los adultos mayores	64
Gráfico 14. Influencia de contar con ingreso económico propio en la calidad de vida de los adultos mayores	6767
Gráfico 15. Influencia de contar con ingreso económico suficiente en la calidad de vida de los adultos mayores	70
Gráfico 16. Influencia de contar con seguro de salud en la calidad de vida de los adultos mayores	71
Gráfico 17. Influencia de la condición social en la calidad de vida de los adultos mayores	73

Capítulo I

Planteamiento Teórico

1. Tema o Problema de Investigación

1.1 Enunciado del Problema

“Factores Familiares y Sociales Asociados a la Calidad de Vida de los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017”

1.2 Descripción

Diversas fuentes estadísticas reportan que, en el Perú, así como en otros países de América Latina, viene ocurriendo un progresivo proceso de envejecimiento, el mismo que parece estar acelerándose durante la presente década (CELADE - CEPAL, 2011). En el 2010, la Subregión Andina tenía alrededor de 14 millones de personas adultas mayores y las proyecciones indican que hacia el año 2021, la Subregión tendrá más de 20 millones, al mismo tiempo, que un porcentaje importante de estas personas vivirán en condiciones de pobreza y desigualdad social (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Para el año 2012, la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011). De este total, el 9,2% de la población se preveía conformada por personas adultas mayores, equivalente a 2 millones 711,772 habitantes, de los cuales 1 millón 266,930 son varones y 1 millón 444,842 son mujeres. Además, señala que la velocidad de crecimiento de este segmento poblacional es más que el doble del ritmo de crecimiento de la población total. Es decir, que mientras la tasa de crecimiento de la población total en el período

intercensal 1993-2007 fue de 1.6% promedio anual, la tasa de crecimiento de la población de 60 y más años fue de 3.5% en el mismo período. Las proyecciones para el año 2025, señalan que la población de adultos mayores será de casi cuatro millones y medio de habitantes y para el año 2050 serán alrededor de 9 millones. Un aspecto que también llama la atención es que al igual que lo que ocurre en otros países, en el Perú, se está presentando un proceso de feminización del envejecimiento, es decir, que la mayor parte de personas adultas mayores son de sexo femenino, las estadísticas confirman esta apreciación, por cuanto, en la década de los años 50, la diferencia entre la esperanza de vida al nacer existente entre hombres y mujeres era de 2 a 3 años. Para el periodo 2010-2015 la esperanza de vida al nacer proyectada viene a ser de 69.9 años para hombres y 75.3 años para las mujeres, lo que indica que la brecha se ha ampliado a más de 5 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

Otro de los cambios observado es que, al analizar las tendencias de vida después de la edad de jubilación, se aprecia que las mujeres viven una mayor cantidad de años luego de jubilarse, comparando el periodo 1975-1980 con la proyección del periodo 2010-2015, concluyendo que las mujeres han pasado de 14 a 18 años de esperanza de vida después de la edad de jubilación, mientras que los varones pasaron de 13 a 16 años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

El Ministerio de Salud (2015), señaló que la problemática que enfrentan los adultos mayores es compleja, las situaciones de vida adversas y problemas que enfrentan muchos adultos mayores, deterioran sus condiciones de vida y evitan que estas personas puedan tener una vejez saludable y satisfactoria, siendo los principales problemas observados aquellos originados por los hábitos alimenticios poco saludables y problemas nutricionales, entre los que destacan que una gran proporción de adultos mayores presenta desnutrición, bajo peso, anemia y otra proporción importante sufre los estragos del sobrepeso y obesidad; además tenemos que este grupo poblacional presenta una mayor

demanda de servicios de salud para dar atención a las enfermedades y dolencias que les aquejan, sin embargo, esta demanda no es atendida de forma adecuada, existiendo una brecha importante, sobre todo para las personas de escasos recursos económicos y aquellas que no cuentan con un seguro de atención de salud. Otro problema frecuente, es que una gran proporción de adultos mayores peruanos tienen bajo nivel de instrucción y esto propicia que las actitudes y prácticas de autocuidado sean insuficientes o deficientes y no promueven el desarrollo personal ni social de las personas mayores, además que también son un factor de riesgo para el desempleo, la pobreza asociado a los ingresos y pensiones reducidas y la falta de cobertura de un sistema previsional y de seguridad social.

Aunado a lo anterior, se puede señalar que en el Perú existe un nivel muy bajo de realización de prácticas saludables al aire libre, puesto que las infraestructuras urbanas para tales propósitos son escasas y no reúnen las condiciones adecuadas para los adultos mayores; asimismo, observamos bajos niveles de participación ciudadana y limitaciones para la integración social de las personas adultas mayores, siendo este uno de los principales prejuicios de la sociedad peruana, que consiste en considerar a las personas adultas mayores como sujetos pasivos, que no tienen suficiente capacidad para participar activamente del desarrollo local y regional; siendo también poco reconocidos en el ámbito familiar, los apoyos que sobre todo, las mujeres adultas mayores brindan para el cuidado de otros miembros de la familia, es frecuente observar que actualmente la mayoría de parejas jóvenes salen a trabajar, mientras que las abuelas y abuelos brindan atención de sus hijos, y que debido al vínculo familiar, no reciben ningún tipo de remuneración o compensación, siendo incluso en ocasiones víctimas de maltrato y abusos.

Por otro lado, en el Perú, son pocos los canales institucionalizados para reforzar la participación ciudadana de las personas adultas mayores, a efectos de que estos puedan estimular sus capacidades; existe escaso

reconocimiento a las organizaciones locales y comunitarias que realizan actividades integradoras para el colectivo de adultos mayores, y tampoco son reconocidas ni promovidas de manera activa, y esto reduce las posibilidades de participación en actividades que promuevan el desarrollo de la comunidad de manera sostenible sino, también de los programas y actividades orientadas a la atención de las personas mayores, con la subsecuente disminución de la calidad de vida y el bienestar integral.

1.3 Campo y Área

1.3.1. Campo: Ciencias Sociales

1.3.2. Área: Adulto Mayor

1.3.3 Línea: Calidad de Vida

1.4 Tipo de Investigación

Es una investigación descriptiva, en la medida que se orienta conocer las características de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (Arias, 2012).

Es una investigación correlacional, porque describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación, 2014)

Es una investigación de campo, porque se recoge la información directamente de la realidad, de los sujetos investigados, sin manipular o controlar variables; de allí su carácter de investigación no experimental (Arias, 2012). Es transversal, porque corresponde a un periodo o a un momento dado.

Es cuantitativo porque las variables evaluadas fueron medidas en escalas numéricas (Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación, 2010)

1.5 Variables e Indicadores

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
V. Independiente Factores familiares	Estado civil	Soltero (a), Casado (a) Conviviente, Viudo (a) Separado (a)
	Tipo de familia con la que vive el adulto mayor	Nuclear Compuesta Monoparental Mixta Comunal
Factores sociales	Número de miembros de la familia	1 – 3, 4 – 6, 7 – 9, 10 a más
	Apoyo familiar	Bajo apoyo familiar Moderado apoyo familiar Alto apoyo familiar
	Ingreso económico	Cuenta con ingreso económico propio: Si/ No
	Ingreso económico suficiente para sus necesidades	El ingreso económico que tiene le es suficiente para sus necesidades: Si / No
	Servicio de salud con que cuenta	No tiene ningún servicio de salud Seguro en EsSalud SIS Otros
	Apoyo social	Apoyo social normal Apoyo social bajo
	Condición social	Valoración sociofamiliar buena- aceptable: < 7 puntos. Valoración sociofamiliar intermedia o en riesgo: 8 - 9 puntos. Valoración sociofamiliar con problema social: > 10 puntos

V. Dependiente:		
Calidad de vida	Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente Calidad de vida global	Mala calidad de vida: de 0 a 30 puntos Regular calidad de vida: de 31 a 60 puntos Buena calidad de vida: de 61 a 100 puntos
V. Intervinientes:		
Características de los adultos mayores:		
Edad	Fecha de nacimiento indicada por la persona	Años
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino / Femenino
Nivel de instrucción	Último nivel de estudios aprobado	Ninguno Primaria Secundaria Superior
Procedencia	Lugar de procedencia según departamento o Provincia	Arequipa, Cusco, Puno Tacna, Lima, Ica, otros

1.6 Interrogantes Básicas

Debido a lo anteriormente señalado, el presente estudio estuvo orientado a resolver la siguiente interrogante:

- ¿Cuáles son los factores familiares y sociales asociados a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017?

Interrogantes secundarias

- ¿Cuál es la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores familiares asociados de manera significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara?
- ¿Cuáles son los factores sociales asociados de manera significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara?

1.7 Justificación

La relevancia científica del presente estudio, radica en que el estado de salud y la condición social del adulto mayor es un tema de gran importancia social, debido a que representa un grupo importante en la pirámide poblacional (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011), siendo objetivo primordial procurar que estos gocen de un buen estado de salud, pero también de una adecuada condición social, familiar, así como también bienestar y buena calidad de vida. Este estudio es importante por cuanto va a permitir identificar los factores familiares y sociales que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores a efectos de poder mejorar la atención integral que se le brinda desde el punto de vista del Trabajo Social.

El estudio es pertinente para la profesión, porque las trabajadoras sociales desempeñan un rol importante en el equipo multidisciplinario de salud que atiende a los adultos mayores, fundamentalmente en lo que respecta a la situación familiar y la condición social en la que se encuentran los adultos mayores, además, promueve procesos de educación social tanto a los adultos mayores como a sus familiares para

que estos puedan atenderlos de manera adecuada y así minimizar muchos riesgos inherentes a su condición.

Desde el punto de vista social, el desarrollo del presente estudio se justifica porque en nuestra sociedad muchos adultos mayores viven en situación de abandono o descuido, generalmente por parte de la propia familia, por tanto, muchos de ellos, presentan situaciones que aumentan su fragilidad como son maltrato y violencia intrafamiliar, caídas, vulnerabilidad entre otros; producto de una inadecuada condición social, así también, presentan deterioro cognitivo, depresión y otras situaciones que aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades y disminuyen su calidad de vida (Ministerio de Salud, 2015).

El trabajo es factible porque se pudo realizar en el grupo poblacional elegido y en el campo asignado.

El trabajo es de actualidad, porque la población de adultos mayores está haciéndose cada vez más numerosa debido a cambios demográficos; además se ha señalado que existe un incremento en la frecuencia de síndromes geriátricos como son el maltrato, caídas, deterioro cognitivo, depresión, dependencia funcional y fragilidad entre otros (Salado, 2014), por lo que el estudio permitirá que se mejoren los conocimientos sobre el tema y así se podrá realizar mejoras en la atención social que se brinda a este grupo poblacional.

Finalmente, nos motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social a través del desarrollo de la presente investigación.

2. Objetivos de la Investigación

2.1. Objetivo General

Determinar los factores familiares y sociales asociados a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1 Determinar la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara.

2.2.2 Determinar los factores familiares asociados de manera significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara.

2.2.3 Establecer los factores sociales asociados de manera significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara.

3. Marco Teórico

3.1. Adulto Mayor

3.1.1. Concepto

El adulto mayor, según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (2010), es toda persona mayor de 60 años. Para una mejor comprensión del proceso de envejecimiento, se debe considerar que existe el concepto de edad cronológica, que tiene que ver con el límite a partir del cual una persona se considera adulta mayor, pero esta definición conlleva una connotación de un asunto sociocultural y está muy vinculado con la edad fisiológica en el sentido que “el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia”, y por tanto, de acuerdo a esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios, sobre todo aquellos

asociados al empleo dependen de la edad cronológica” (CELADE-CEPAL, 2011, p.3).

También es necesario hacer referencia al concepto de edad fisiológica, el que está referido “...al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años” (CELADE-CEPAL, 2011, p.3). Por otro lado, de acuerdo con el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013), más importancia que los conceptos de edad cronológica y fisiológica merece el concepto de edad social, referido “a las actitudes y conductas que una sociedad considera adecuadas para una determinada edad cronológica.” Entendiendo que la concepción que se tenga sobre la vejez, independientemente de la relación directa que tenga con la edad cronológica, está básicamente determinada por las pautas impuestas por cada sociedad.

Entonces se puede deducir que de acuerdo a esta perspectiva, los conceptos de vejez y género, son resultado de la “concepción social e histórica que posee el significado que una sociedad otorga a los procesos biológicos que la caracterizan”, siendo necesario realizar una evaluación constante a estas construcciones de carácter social y cultural, porque no siempre permiten atender de forma adecuada y con equidad a las personas adultas mayores, siendo necesario que todas las políticas públicas orientadas a este grupo poblacional, sean planificadas con un enfoque integral, humanista y a la vez ejerciendo una crítica constructiva respecto a la situación que enfrenta la vejez para que en base a ello se pueda rediseñar tales políticas y su construcción social, porque de esa forma se podrán mejorar ciertos factores, que es necesario trabajar para que se logre la ansiada meta de tener una sociedad más integrada, solidaria y justa para los adultos mayores (Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2013).

3.1.2 Clasificación

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y a las que sobrepasan los 90 años, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años, se le llamará de forma indistinta, persona de la tercera edad. Las Naciones Unidas, citado por la Organización Mundial de la Salud (2015), considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

3.1.3 Cambios producidos durante el envejecimiento

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (Barraza y Castillo, 2006).

- Universal, porque es característico de todos los seres vivos.
- Progresivo: porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: porque no podemos detenerlo, ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínco: porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.

Como se ha señalado anteriormente, el envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e

incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento. Todas las células experimentan cambios en el proceso del envejecimiento; se hacen más grandes, y poco a poco pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula. Debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. El tejido conectivo se hace cada vez más inflexible, lo que produce mayor rigidez en los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias. Las membranas celulares cambian y, por lo tanto, los tejidos tienen más dificultad para recibir oxígeno y los nutrientes necesarios, al igual que para eliminar el dióxido de carbono y los productos de desecho. Muchos tejidos pierden masa y se atrofian. Otros se vuelven más rígidos o tumorales con la aparición de nódulos (Corujo y Pérez, 2011). Todos estos cambios producen, en los órganos al envejecer, una pérdida de función de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional. Dicha pérdida muchas veces no es notoria en muchos ancianos, ya que no necesitan utilizar sus órganos a su máxima capacidad, y éstos pueden tener una capacidad de reserva funcional más allá de las necesidades comunes. Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, pulmones y riñones. La cantidad de reserva perdida puede variar entre personas y entre diferentes órganos de la misma persona.

Existen situaciones que pueden producir un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica del anciano, como el consumo de ciertos medicamentos, enfermedades, cambios de vida significativos, aumento súbito de las demandas físicas, cambios bruscos en la actividad, exposición a una altitud superior, entre otros.

a. Cambios en el sistema cardiovascular y sanguíneo

Según Corujo y Pérez (2011), se señala que las enfermedades cardíacas y vasculares son algunos de los trastornos más comunes en la edad avanzada. Frecuencias cardíacas de 40 latidos/minuto pueden ser normales. Debido a los cambios del tejido conectivo de la pared de los vasos sanguíneos, la aorta se vuelve más gruesa y rígida. Ello produce una mayor eyección sanguínea e hipertrofia cardíaca y un aumento de

la presión sanguínea. Como consecuencia se observa la disminución de la capacidad de reserva del corazón ante situaciones como: enfermedad, infecciones, estrés emocional, lesiones, esfuerzo físico extremo y ciertos medicamentos. Hay mayor incidencia de hipertensión arterial e hipotensión ortostática, incremento de problemas aterotrombóticos y aparición de diferentes tipos de arritmias. La insuficiencia cardíaca es diez veces más frecuente en personas mayores de 75 años; hay aparición de anemias en relación con desnutrición, infecciones crónicas, pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal o como complicación de enfermedades o medicamentos.

b. Cambios en el aparato gastrointestinal

En las personas mayores de 70 años se ve reducida la cantidad de saliva, más aún cuando aparecen patologías asociadas que la propician. La sensación del gusto disminuye por pérdida de las papilas gustativas. Es frecuente observar en los Adultos Mayores una mala dentición. La principal función del tubo gastrointestinal que más se va a ver afectada en el envejecimiento es la motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos neurogénicos. Estas modificaciones van a suponer trastornos funcionales y orgánicos en el Adulto Mayor y, consecuentemente, cambios en la función absorbente y secretora. Estos cambios pueden causar desnutrición y diarrea por menor absorción de nutrientes; estreñimiento, incontinencia fecal por alteraciones en la sensibilidad e incrementos de diverticulosis y cáncer de colon (Corujo y Pérez, 2011).

c. Cambios en el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos

Como señalan Corujo y Pérez (2011), la consecuencia principal de los fenómenos de atrofia y muerte neuronal son las alteraciones en los neurotransmisores, en los circuitos neuronales y en las funciones cerebrales controladas por ellos. Se observa la presencia de microaneurismas en relación con los cambios ateromatosos generalizados. El rendimiento intelectual, en el caso de ausencia de enfermedad neurológica, se suele conservar bien hasta los 80 años. Lo que se observa es un enlentecimiento del procesamiento intelectual y, por lo tanto, una reducción de la habilidad para el procesamiento y la manipulación de nueva información. Las capacidades verbales se conservan bien hasta los 70 años, a partir de entonces

algunos adultos mayores sanos pueden presentar una disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos y prosodia anormal. Hay disminución de la agudeza visual, capacidad auditiva, tacto, de la sensibilidad térmica.

d. Cambios en el sistema musculoesquelético

Los cambios que se producen en el sistema musculoesquelético como en el resto del organismo vienen determinados por: a) factores fisiológicos, que son consecuencia del uso del sistema con el paso del tiempo, b) factores patológicos, en relación a aquellas enfermedades que van a dejar una impronta, y c) factores ambientales, como las consecuencias de los distintos tipos de riesgo que el estilo de vida conlleva. Se produce la pérdida de masa ósea es la característica fundamental, constante y universal del envejecimiento. En el cartílago articular se observa: a) disminución de la elasticidad; b) cambio de color; c) la superficie es más fina y friable; d) aumento de la fragilidad para los desgarros y e) disminución de la resistencia al sobrepeso. El líquido sinovial disminuye la viscosidad y se produce fibrosis en la membrana sinovial. El envejecimiento va a producir un descenso de la masa corporal magra, sobre todo en el músculo esquelético. De forma paralela se incrementa la masa grasa. Este proceso se conoce como sarcopenia, como consecuencia de estos cambios se observa (Corujo y Pérez, 2011):

- Disminución de estatura por pérdida de líquido en los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras.
- Aparición de espolones óseos en las vértebras.
- Los huesos se vuelven más porosos y con mayor incidencia de osteoporosis y, por lo tanto, mayor riesgo de fracturas.
- Mayor frecuencia de problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de estas. Tendencia a la flexión de las rodillas y caderas.
- Cambios en las fibras musculares El movimiento es más lento y puede verse limitado. La marcha puede volverse inestable con pobre balanceo de los brazos. La fatiga se presenta con mayor facilidad.
- La fuerza y resistencia cambian. Al disminuir la masa muscular se pierde fuerza, pero la resistencia puede verse aumentada debido a los cambios en las fibras musculares.

e. Cambios sociales

Los cambios sociales que acontecen con el envejecimiento, principalmente se deben al cambio de rol del adulto mayor, este afecta en el ámbito individual, familiar y comunitario. También es importante considerar ciertas diferencias generacionales que existen en el ámbito del comportamiento social, dificultades de adaptación e integración que pueden tener los ancianos ante tales cambios. A lo largo de las diferentes etapas de la vida, las personas se van desarrollando y este desarrollo debe realizarse de manera armónica y equilibrada tanto personalmente como en el medio social o entorno en que la persona se desenvuelve, sin embargo, para las personas adultas mayores este desarrollo depende del cumplimiento de ciertas premisas fundamentales, que son diferentes para cada persona tanto en su forma de presentación como en la secuencia de tiempo en que se presentan. Estas premisas están relacionadas estrechamente a la forma como las personas viven el proceso de envejecimiento y su capacidad para aceptar y adaptarse a los cambios generados por él. Entonces resulta lógico pensar que es necesario que el adulto mayor sea consciente de las limitaciones que el envejecimiento impone a esta etapa de su vida, y de acuerdo con ello podrá realizar planes de vida satisfactorios (Noriega, García y Torres, 2011).

De acuerdo con el enfoque del Trabajo Social, la “colectivización” de la atención a los adultos mayores muchas veces puede afectar de modo negativo porque no se fomenta la independencia, entonces podemos encontrarnos ante frecuentes problemas de desindividualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y aislamiento social. Es por ello, que se han planteado dos perspectivas para analizar y manejar los cambios sociales propios de la tercera edad (Noriega, García y Torres, 2011):

Cambio en el rol individual: Los cambios de roles individuales, que presenta el hombre en su naturaleza de ser eminentemente social, el cual, muchas veces es relegado a un segundo plano. Aunque los límites de la extensión de rol individual son difíciles de medir, se han planteado desde tres dimensiones:

- Como individuo único, que tiene capacidad para decidir, dar opiniones, creencias y valores propios, que posee una historia personal y que tiene la

influencia del medio externo, teniendo a su vez una concepción especial de la vida y de la muerte. En la última etapa de la vida de las personas, estas empiezan a tener más conciencia de que la muerte está más cerca y que pueden tenerla prevista en un futuro más o menos inmediato. Es en ese momento que según lo señalan Noriega, García y Torres (2011), la concepción de la vida y de la muerte adquiere un nuevo sentido; el anciano empieza a tener una respuesta individual frente a la vida y la muerte que es influenciada por una serie de situaciones, como creencias religiosas, costumbres, cultura, factores educacionales, experiencias sobre la muerte que han sido vividas durante su vida y por su estado de salud. Generalmente algunos adultos mayores experimentan cierto grado de temor y angustia en relación a la muerte, y muchos de ellos suelen expresarlo a sus familiares, estos temores se asocian a la imagen que cada persona tiene respecto a este trance, pero sin lugar a dudas, lo que mayor angustia y preocupación le causa es la soledad, oscuridad y el sufrimiento que le causará a sus familiares. Por otro lado, durante la etapa de la adultez mayor, es necesario que las personas puedan asumir, reasumir su vida y experiencias pasadas y que realicen un análisis de las mismas, para poder revalorar los momentos en que se presentaron dificultades más importantes que fueron afrontados de manera valiente y valerosa, y en la medida de lo posible, se le debe alentar a contarlo a las generaciones que le siguen como son sus hijos, nietos y bisnietos para dar ejemplo acerca de los modos correctos de actuar ante situaciones adversas. Muchos adultos mayores evitan recordar situaciones anteriores porque piensan que les va a causar nostalgia, tristeza por recordar las penas, sin embargo, esto más bien es positivo porque puede permitir la reconciliación con la vida pasada, y se puede revalorar tanto los momentos de tristeza y pesar como los de felicidad y gozo, y así tener un mejor control de las penas, que seguramente se seguirán presentando.

- Como integrante de un grupo familiar, con el que mantiene relaciones de afecto, parentalidad, comunicación, y que a su vez podría sufrir el relevo de su papel en el seno de la familia. El proceso de envejecimiento cambia el rol del individuo en el seno familiar. Las relaciones familiares cambian porque generalmente el adulto mayor ya no vive con sus hijos y nietos, entonces se modifican las estructuras familiares, cesan los problemas ocasionados por la falta de espacio

en las viviendas, destacando sobre todo, que en las familias extensas o compuestas la convivencia en el ámbito de la misma vivienda puede generar mayores problemas o situaciones conflictivas entre los miembros de la familia, lo cual se observa con mayor frecuencia en las zonas urbanas que en las rurales.

De acuerdo con Noriega, García y Torres (2011), las relaciones entre el adulto mayor, sus hijos y nietos pasan en general por dos etapas diferentes: la primera de ellas ocurre cuando el adulto mayor todavía conserva su independencia y tiene un buen estado de salud, entonces representa una fuente de apoyo o ayuda para la familia, porque puede participar de forma activa en las tareas del hogar ayudando en el cuidado de los nietos, surgiendo entre ellos unas relaciones de complicidad. Cuando aparecen los problemas de salud y el adulto mayor se va haciendo más dependiente, las relaciones con la familia se invierten porque el anciano pasa de ser una persona que da ayuda a una que necesita recibirla, de cuidar a ser cuidado, entonces su rol fundamental en el seno familiar se va perdiendo. Comienzan a surgir las sensaciones y pensamientos de que sus opiniones y decisiones no cuentan para el resto de la familia, y se siente rechazado, inútil y abandonado.

- Como una persona que necesita recibir y dar afecto y que es capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa de la vida en la que se van sucediendo una serie de pérdidas, como, por ejemplo, la pérdida de las facultades físicas, mentales, afectivas, económicas, y cada una de estas pérdidas le generan al adulto mayor mucha tristeza, pesar o dolor, así como también, reacciones tanto emotivas como de comportamiento de “duelo”. Sobre todo, la pérdida afectiva, por la muerte del cónyuge, es la más trascendente y de mayor impacto, porque va acompañada de una gran tensión emocional y genera muchos sentimientos de soledad. este tipo de pérdida origina períodos de pena, dolor, remordimiento, que se intercalan con reacciones de cólera, que son dirigidas a la persona fallecida por haberlo abandonado, pero también a las otras personas que le rodean para desplazar sus sentimientos y frustración. A partir de estas pérdidas se producen muchos e importantes cambios en su vida cotidiana, estos incluyen cambios de domicilio, nuevas responsabilidades, entre otras. Lo más complicado de esto es que el adulto mayor se ve sumido en la soledad, que es la principal consecuencia

de las pérdidas y es difícil de vencer, a pesar de que algunos ancianos deciden formar nuevas parejas, a efectos de poder llenar sus necesidades afectivas y emocionales, pero muchas veces la propia familia y la sociedad, se opone a que el adulto mayor se vuelva a unir, porque no se prioriza ni entienden los sentimientos del adulto mayor y la necesidad que este tiene de compartir sus emociones y estar acompañado.

Por otro lado, el cambio de rol de los adultos mayores como integrantes activos en la sociedad y los problemas surgidos a partir de la no integración, desde el contexto social o comunitario, se da un mayor valor sólo a las personas que son activas ante las exigencias sociales, a aquellos que son capaces de aportar trabajo y generar riquezas. Sin embargo, no se debe olvidar, que la mayoría de los adultos mayores ya han cumplido esas exigencias durante su vida en la etapa de juventud y adultez, pero a pesar de ello, muchos adultos mayores todavía se encuentran en buenas condiciones y continúan trabajando o aportando sus conocimientos y experiencias brindando ayuda comunitaria. El rol de la persona dentro de la comunidad se desarrolla en función de dos ejes principales: la actividad laboral y la actividad social, y en ambos es característico la participación en las tareas comunitarias.

Unido al proceso de envejecimiento, se van produciendo cambios en los roles desempeñados por la persona, estos cambios no ocurren tanto a nivel individual, sino más bien, en la sociedad, que lo incluye en el grupo de adultos mayores.

Cambio en el rol social: Durante el siglo XX, los modelos de sociedad imperantes en la época eran el de una sociedad rígida e inamovible, pero en el siglo presente esta situación está cambiando y es más característico la libre elección de la pertenencia a un grupo. Las personas se encuentran en una permanente búsqueda de identidad individual planteada en base a la comparación con otras sociedades, siendo también inevitable el hecho de tener que pertenecer a un grupo determinado. Los cambios sociales causan en los adultos mayores la sensación de no pertenencia al grupo escogido, lo cual se agrava porque los jóvenes no son capaces de integrarlos de forma activa en su grupo. Los cambios en las costumbres, estilos de vida y la concepción de la

propia existencia, acrecientan las brechas generacionales lo que causa un efecto negativo en el entendimiento y reconocimiento mutuo de las personas que conforman los grupos sociales. Es por lo anterior, que a efectos de no sentirse o ser aislados, los adultos mayores se agrupan en grupos paralelos que son conformados solo por ancianos, pero esto genera mayor distanciamiento o brecha intergeneracional. Tanto los jóvenes como los adultos mayores que conforman la sociedad, desean ser escuchados, tener protagonismo social, ofrecer sus aportes a la sociedad y canalizar todo su potencial de forma activa y participativa (Noriega, García y Torres 2011).

A nivel laboral, un cambio muy importante es impuesto por la jubilación, porque se asocia a muchas situaciones negativas para los ancianos, acarreando consecuencias negativas sobre todo a nivel laboral, económico, en la independencia que las personas estaban acostumbradas a tener. Pero la jubilación, también ocasiona cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales prácticamente no son atendidos, y esto afecta el proceso de adaptación que enfrentan algunas personas. Para los adultos mayores, les resulta difícil adaptarse porque casi toda su vida social y valores giran en torno a la actividad y al trabajo que realizan, puesto que en base a ellos han consolidado su personalidad, relaciones sociales, su rol social, amistades e independencia económica. Al dejar el ambiente laboral, disminuyen las relaciones sociales, así como sus recursos económicos y por lo general, estos se hacen insuficientes; al tener mayor tiempo libre es necesario efectuar una reorganización de sus actividades de la vida cotidiana y una adaptación para la utilización del tiempo y los recursos personales y culturales, que le ayuden a evitar la angustia que produce el “no tener nada que hacer”. A esta etapa se puede agregar la pérdida de los seres queridos, y la marcha de los hijos para crear su propia familia, lo cual genera mayores vacíos en la vida del adulto mayor. Los principales estragos causados por la jubilación son en primer lugar, la desvalorización que supone dejar de trabajar, lo que causa una crisis de identidad social y de personalidad. La segunda, que, al contar con un mayor tiempo libre, muchos adultos no saben cómo utilizarlo; y la tercera, es la falta de socialización en esta nueva etapa, porque generalmente ha perdido sus contactos sociales anteriores. A nivel de la salud física se observan consecuencias como repercusiones sobre la salud,

afectación emocional, estados depresivos y ansiedad, astenia; trastornos del sueño, manifestaciones hipocondríacas que, a su vez influyen en el desarrollo de otras enfermedades (Noriega, García y Torres 2011).

En contraparte, de acuerdo con Noriega, García y Torres (2011), se señala que el poder utilizar el mayor tiempo libre dado por la jubilación, puede generar en los adultos mayores la posibilidad de realizar otras actividades que le generan grandes satisfacciones personales, como son participar de manera más activa en el apoyo en la crianza de los nietos, realizar viajes con el conyugue, participar en grupos de ayuda social, u otros. Es decir, que depende de las características y adaptación de cada persona adulta mayor para lograr que la jubilación sea satisfactoria y que no genere desestructuración de la persona.

3.1.4 Situación del adulto mayor en el Perú

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, presenta a partir del trimestre octubre-noviembre diciembre 2013 el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, con la finalidad de aproximarse, a una visión cuantificada del grupo y análisis del contexto en el que se desarrollan. El objetivo es convertirse en un instrumento de referencia para analistas y tomadores de decisión. Este informe Técnico contiene indicadores de población, educación, salud, cobertura de programas sociales y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y ámbito geográfico. Los principales resultados son los siguientes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013):

En el 38,2% de los hogares del país vive entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años. En el área rural, el 40,6% de hogares tiene algún adulto mayor y en el área urbana 34,4%. El 60,2% de los adultos de 60 y más años son jefas o jefes de hogar, el 25,8% son esposas o esposos, el 10,0% son padres/madres/ suegra/o y el 4,0% está constituido por otro pariente. Según tipo de hogar, los adultos de 60 y más años conforman el 41,4% de hogares de tipo nuclear. Se observa que en el 33,7% de hogares extendidos se encuentra alguna persona adulta mayor, y el 16,4% de hogares son unipersonales, constituidos por una persona adulta mayor. El 18,0% de los hogares integrados con al menos un adulto mayor, se

beneficiaron de algún programa alimentario, como vaso de leche, comedor popular, entre otros. Respecto con similar trimestre del año 2012, la proporción de hogares beneficiarios casi se mantuvo sin variación (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013).

El 28,7% de los hogares del área rural con al menos un adulto mayor se beneficiaron de algún programa alimentario; en el área urbana fue 15,0% y en Lima Metropolitana el 11,3%. Al comparar con el trimestre octubre-diciembre 2012, se incrementó en 2,4 puntos porcentuales, en el área urbana.

El 98,5% de la población masculina y 96,8% de la población femenina de 60 y más años tiene DNI. Al comparar con el trimestre octubre-diciembre 2012, la tenencia del referido documento aumentó 0,2 punto porcentual en hombres y 1,0 punto porcentual en mujeres. En el trimestre octubre diciembre 2013, la población de 60 y más años que sabe leer y escribir es mayor en Lima Metropolitana (90,7%) que en el área urbana (80,3%) y rural (53,7%); presentándose una diferencia de 37 puntos porcentuales favorables a Lima Metropolitana comparado con el área rural. Entre el área urbana y rural la brecha es de 26,6 puntos porcentuales; entre Lima Metropolitana y el área urbana, 10,4 puntos porcentuales. El 67,1% de la población de 60 y más años aprendió a hablar en su niñez el castellano, el 32,2% el quechua, aymara u otra lengua nativa (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013).

El 83,0% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 69,2%. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana y área urbana estuvieron más expuestas a presentar algún problema de salud crónico (86,6% y 83,9% respectivamente), que las del área rural (77,4%). Entre el total de la población adulta mayor de 60 y más años, el 74,8% tiene algún seguro de salud, sea público o privado. Relacionando estos resultados con los de igual trimestre del año anterior aumentó en 4,8 puntos porcentuales. Según tipo de seguro de salud, el 38,0% de los adultos mayores acceden sólo al Seguro Integral de Salud (SIS), y el 30,8% a EsSalud. La tasa de ocupación de la población económicamente activa urbana adulta mayor en el trimestre de análisis fue 98,7%, en similar trimestre del año anterior llegó a 98,4%. En relación con la tasa de desempleo abierto de la población económicamente activa

adulta mayor en el trimestre que se analiza fue 1,3%, en similar periodo del año anterior alcanzó el 1,6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2013).

3.2. Factores familiares

3.2.1 Concepto

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), el concepto de factores familiares hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en cada individuo y que están directamente relacionadas con los aspectos propios o inherentes a su familia, y que debido a la importancia que tienen para el adulto mayor, pueden afectar el bienestar y la salud física, emocional y social de la persona y por ende inciden de forma positiva o negativa en la calidad de vida.

3.2.2 La familia

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio (Caló, 2009) —que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia—, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

Es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción (Ardila, 2009). Según Arnett (2012), la familia es uno

de los contextos más relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo. La familia es el principal agente estabilizador y socializador. Es un factor de causa, predisposición y contribución para el desarrollo emocional e intelectual de sus miembros. Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell J., Carbonell M. y González, 2012).

De Pina (2011), define la familia de la siguiente manera: “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”. Mientras que Engels (2011), señala que la familia en su forma evolucionada se ha presentado unida a la institución del matrimonio que atribuye estabilidad social y legal al grupo formado como consecuencia del apareamiento del hombre y la mujer, aunque no se niega la posibilidad de que como hecho existe y ha existido la familia no matrimonial. En la actualidad, la familia funciona por su propia dinámica, con nuevas concepciones, en las que ha cobrado gran relevancia la planificación familiar y el control de la fecundación, así como otras cuestiones que se deben recoger en un cuerpo legal; También ahora su concepción implica distintos aspectos, y es por tanto considerada como un núcleo natural, económico y/o jurídico de la sociedad. La familia es la unidad interna de dos o más elementos del grupo humano -padres e hijos-, que se constituyen en comunidad a partir de la unidad de una pareja, siendo uno de los grupos sociales que requieren con prioridad de una atención especial (Oliva y Villa, 2014). Cada familia es única, como distintos son sus miembros, con diferentes modos de pensar y de sentir, sin embargo, algunas de las problemáticas más comunes por las que atraviesa el grupo en términos generales, tienen que ver con el fortalecimiento de la capacidad de la familia para atender sus propias necesidades, el equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades familiares; la reducción de la violencia doméstica y el alivio de la pobreza. Toda familia auténtica tiene un “ámbito espiritual” que condiciona las relaciones familiares, casa o contextos de vida común, vínculos de sangre, afectos recíprocos, vínculos morales que la configuran como “unidad de equilibrio humano y social. De acuerdo con Oliva y Villa (2014), se puede decir, que la familia es el medio específico en donde se genera, cuida y desarrolla la vida. En este sentido se convierte en el “nicho ecológico por excelencia, y por qué no, en la primera escuela de la humanización, de transmisión generacional

de valores éticos, sociales y culturales que aporta un sentido mucho más amplio a la misma existencia humana”.

De acuerdo con lo anterior, se considera a la familia como un sistema abierto y activo que se desarrolla entre personas de diferente sexo y en diferentes estadios de maduración física y mental; es un sistema natural de seres humanos en el cual las personas se encuentran relacionadas por medio de lazos sanguíneos y de afinidad, reunidos en un lugar común delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas y psicológicas de sus miembros (Oliva y Villa, 2014). Ciertamente, “La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es interdependiente, no tiene la capacidad de autoabastecerse por sí sola, necesita a la sociedad y ésta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia” (Oliva y Villa, 2014), de allí la importancia de su protección jurídico-social. Es importante concebir abiertamente a la familia como un grupo social básico creado por vínculos de parentesco, presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a todos sus miembros: cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización.

Oliva y Villa (2014), señalan como un hecho biológico, que la familia implica la vida en común de dos individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo. Desde esta óptica, se puede observar a la familia como una agrupación humana de fines eminentemente biológicos, La familia como hecho biológico involucra a todos aquellos que, por el hecho de descender los unos de los otros, o de un progenitor común, generan entre sí lazos de sangre.

3.2.3 Importancia de la familia para el adulto mayor

Anteriormente se ha señalado el rol protagónico e indiscutible papel positivo que tienen las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores, estos forman parte de los elementos necesarios para fomentar el envejecimiento activo, logrando una alta participación social. Otros elementos que promueven el envejecimiento activo son las relaciones que existen entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, tanto dentro del núcleo familiar como fuera de este, por tanto, el encuentro intergeneracional debe

darse primeramente en la familia. Es muy importante para los adultos mayores el poder seguir sintiéndose importantes y necesarios y esto es un factor relacionado con una mayor esperanza de vida y un predictor de longevidad. Socialmente existe la concepción equivocada de que los adultos mayores son quienes reciben el mayor cuidado de la familia, esto es cierto solo de manera parcial, y se observa más en los adultos mayores que presentan problemas de salud o son dependientes, por lo general, lo más frecuente es que sean los adultos mayores quienes son los cuidadores de otros miembros de la familia. Las personas adultas mayores cumplen una extraordinaria labor de cuidado de la familia, haciendo gestiones, pequeñas reparaciones domésticas, compras, arreglo de la casa, recogida de los niños del colegio y otras muchas tareas en las que invierten un promedio diario de seis horas (Serrano, 2013).

De acuerdo con Serrano (2013), la familia, es un factor que promueve una mayor calidad de vida para sus miembros, y de acuerdo con lo señalado por los propios adultos mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida. Ello demuestra la necesidad de fortalecer unas estrechas relaciones familiares y, aunque algunas veces estas puedan ser incómodas y requieran de una alta tolerancia y respeto, también son una importante fuente de satisfacción.

3.2.4 Factores familiares que caracterizan a los adultos mayores

a. Estado civil

Es la situación civil de la persona en función a los derechos y deberes que mantiene con otra persona a partir de su unión conyugal, ya sea por el vínculo otorgado a través del matrimonio o por la unión libre o convivencia. Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. De acuerdo con las Leyes peruanas se consideran los estados civiles: soltero, casado, conviviente, viudo o divorciado (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

b. Tipo de familia

Según la ONG Opción (2013), los principales tipos de familia son:

- **Familia nuclear:** es aquella familia que está conformada por el padre, la madre y los hijos de estos. El término familia nuclear fue desarrollado en el mundo occidental para designar el grupo de parientes conformado por los progenitores, usualmente padre, madre y sus hijos. Se concibe como un tipo de familia opuesto a la familia extendida, que abarca a otros parientes además de los indicados aquí para una familia nuclear. En su acepción más común, el término familia nuclear se refiere a un grupo doméstico conformado por un padre, una madre y sus hijos biológicos a—cuyo conjunto, en la terminología de la antropología del parentesco es denominado sibling—. George Murdock, citado por Espinosa (2009), también describía la familia en estos términos: La familia es un grupo social caracterizado por una residencia común, la cooperación económica y la reproducción. Contiene adultos de ambos sexos, los cuales mantienen una relación sexual socialmente aprobada. También incluye uno o más hijos, propios o adoptados, de los adultos que cohabitan sexualmente.
- **Familia compuesta o extensa:** es aquella familia que además de estar conformada por la familia nuclear, se agregan otros familiares como abuelos, tíos, primos, que comparten el mismo hogar. La familia extensa —o familia compleja— es un concepto con varios significados distintos. En primer lugar, es empleado como sinónimo de familia consanguínea. En segundo lugar, en aquellas sociedades dominadas por la familia conyugal, refiere a la parentela —una red de parentesco egocéntrica que se extiende más allá del grupo doméstico—, misma que está excluida de la familia conyugal. Una tercera acepción es aquella que define a la familia extendida como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica (u hogar) y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones (ONG Opción, 2013). En las familias extensas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes —abuelos, tíos abuelos, bisabuelos. Además, puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos. Todo lo anterior establece un contraste con la pequeña familia nuclear. En las culturas donde la familia

extendida es la forma básica de la unidad familiar, la transición de un individuo hacia la adultez no necesariamente implica la separación de sus parientes o de sus padres. Cuando un pequeño crece, se traslada al más amplio y real ámbito de los adultos, aun cuando en circunstancias normales establezca una identidad separada del resto de su comunidad (Espinosa, 2009).

- **Familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre, excepcionalmente, se encuentran casos, en donde es el hombre el que cumple con esta función; por último, da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges. La ONG Opción (2013), señala que se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestran las estadísticas, no ha habido grandes cambios y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos. Las familias monoparentales provenientes de rupturas de pareja aumentan el riesgo de pobreza. El aumento de la ocupación femenina y la mayor inmigración también inciden en el riesgo de exclusión social.
- **Familia mixta o reconstituida:** compuestas por un progenitor con hijos que se une con una persona soltera sin hijos. De estas proviene la figura de los padrastros o madrastras. Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa (ONG Opción, 2013). Esta familia está conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o, de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión. Presentan tres modalidades: un miembro de la pareja tiene hijos de una relación anterior; los dos miembros de la pareja tienen hijos de una relación anterior; además de hijos de relaciones anteriores, se incluyen hijos de la nueva relación. Amplían la red de relaciones sociofamiliares y, en cualquiera de sus variaciones hay concurrencia entre los diferentes procesos y tipologías donde interactúan los miembros de la familia. La simultaneidad es tanto de la pareja

como de los hijos, que deben funcionar en varios sistemas familiares al mismo tiempo (Rondón, 2011).

3.2.5 Factores sociales

a. Concepto

De acuerdo con Dongo (2009), es frecuente considerar como “factores sociales” los aspectos de transmisión educativa y de tradiciones culturales, que varían de una sociedad a otra. Incluyen una serie de competencias cognitivas, en lo relacionado a las diversas lenguas capaces que influyen de forma importante en la estructura de las propias operaciones como sobre el contenido de ellas. Los factores sociales representan un factor solidario con las interacciones sociales, transmisiones educativas y culturales que se producen en un ámbito de verdaderos intercambios interindividuales, en el que reinan las relaciones dialógicas, de cooperación y de respeto mutuo.

3.3. Calidad de vida

3.3.1. Concepto

El concepto de calidad de vida es relativo y polisémico dado que su significado varía dependiendo de quienes los utilicen, del contexto y de la época en la cual se emplee. En términos generales y para el caso que nos ocupa puede afirmarse que la calidad de vida rebasa el ámbito meramente personal, aunque sin dejar de referirse al mismo. Va más allá de lo que suele entenderse por condiciones, estilos, medio y nivel de vida, como también del concepto de salud referido principalmente a condiciones orgánicas. “Es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida” (Martín y Cano, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su

nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Según Minayo, Hartz y Buzz (2007), la calidad de vida relacionada con la salud, siendo un concepto que refleja las actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo, relacionado con su estado de salud previo y actual. Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud traduce la influencia que la salud tiene sobre las actitudes y el comportamiento en la vida diaria de las personas.

Calidad de vida, según Velandia (1994), es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del ser humano, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente”.

Según el The WHOQOL Group, (1995), la calidad de vida es definida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”.

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (Tuesca, 2012).

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. Bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o

salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar (Prado, 2010).

3.3.2. Dimensiones de la calidad de vida

a. Dimensión física: Hace referencia a la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad y /o la presencia de ciertos signos y síntomas de enfermedad (Lugones, 2002).

b. Dimensión psicológica: De acuerdo con Lugones (2002), es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

c. Dimensión social: Según Lugones (2002), es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral”. Se ha señalado que las dimensiones que conforman la calidad de vida se configuran de una manera específica y particular, según sean las necesidades de la persona; entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y en la medida que las personas disfruten de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor. A su vez, la espiritualidad y la calidad de vida tienen una correlación que se mueve hacia la misma dirección, observándose también que una buena calidad de vida aumentará la satisfacción existencial (Duran, 2010). Las personas de la tercera edad reorganizan su escala de deseos, se debe buscar fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida (González, 2009).

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto que el avance social está orientado hacia esa dirección: buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (Delgado, 2010). Los estudiosos de la calidad de vida conciben la importancia de la valoración subjetiva. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre esta los medicamentos o la enfermedad (Delgado, 2010). Si se toma en cuenta las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma:

- Autonomía que estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales.
- El soporte social que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionarlos con los demás (Duran, 2010).
- Salud mental el cual involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del abuelo para la realización de dichas actividades (Vivaldi, 2012).

3.3.3. Teorías de la calidad de vida

a. Teoría del autocuidado: La enfermera Dorothea Orem (1972), presentó su teoría en la década de los cincuenta y la publicó en 1972, definiéndola como Teoría del autocuidado, la cual está compuesta por tres teorías relacionadas:

Autocuidado. Hace referencia a la práctica de actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y su bienestar.

Déficit de autocuidado. Se produce cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

Sistemas de enfermería. Son las acciones que realiza la enfermería, de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de estos. Esta teoría aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de los pacientes, buscando conductas de independencia y bienestar, y desde este enfoque los profesionales que conforman el equipo de salud deben tener en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

b. Teoría de incertidumbre: Esta teoría fue desarrollada por Mishel (1990), quien la definió como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad; ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos, y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento. La incertidumbre es un estado cognitivo que aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado, debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Los eventos que causan incertidumbre pueden

ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. Desde el punto de vista del envejecimiento, esta teoría es útil porque ayuda al adulto mayor y su familia a afrontar los cambios propios de esta etapa, la presentación o agravamiento de enfermedades, los cambios a consecuencia de la jubilación, pérdida de seres queridos y otras situaciones que le producen estrés; el afrontamiento le va a permitir aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/enfermedad, lo cual va a contribuir en su calidad de vida.

c. Teoría de afrontamiento: De acuerdo con Lazarus y Folkman (1996), las personas se enfrentan al estrés a través del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, y depende de fuerzas conscientes que se configuran como producto de una apreciación intuitiva de las demandas, recursos y resultados predecibles de la interacción con el medio, con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias. La evaluación cognitiva es el proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno son estresantes. Éstas determinan las consecuencias en un acontecimiento dado en el individuo. La respuesta emocional y conductual del adulto mayor ante un acontecimiento depende de la forma en que éste lo analice

3.3.4. Influencia del envejecimiento en la calidad de vida

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el estatus de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés (Valencia, 2012). Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros

ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso (Valencia, 2012).

Watanabe, (2014), señala que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. Según Aponte (2015), la calidad de vida en la tercera edad, cualquiera que sea el contexto de referencia mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de sujetos, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad, por ejemplo, referidos al trabajo y donde existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de auto cuidado. En segundo lugar, la calidad de vida es un concepto multidimensional cualquier reducción (frecuente entre los instrumentos de calidad de vida desarrollados desde la medicina) a un concepto mono factorial de salud resulta inadmisibles y atenta contra los a priori del concepto. Es decir, la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también. Ello implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) así como factores socio ambientales o externos (las redes de apoyo, los servicios sociales, etc.) (Fernández, 2008).

Una tercera asunción, hace referencia a que el concepto de calidad de vida debe contener tantos aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Esta cuestión parte de la decisión sobre si, calidad de vida, es un concepto puramente subjetivo, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización, o como defienden otros autores entre ellos Fernández (2008), la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona (Alonso, 2010).

4. Antecedentes Investigativos

4.1. Internacionales

Autor: Virtuoso J. y cols.

Título: La prevalencia de la discapacidad y los factores asociados en los ancianos.

Fuente: Texto & contexto enferm 2015, 24(2):529-529.

Resumen: El objetivo fue estimar la prevalencia y los factores asociados a la discapacidad. Se utilizó diseño transversal, con muestra de 624 individuos de edades comprendidas entre 60 a 96 años. Resultados: La prevalencia de discapacidad fue 17,6% para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y 46,3% en las actividades instrumentales de la vida diaria. La incapacidad funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria se asoció con la edad, consumo de alcohol, síntomas depresivos y fragilidad; actividades instrumentales de la vida diaria se asociaron con la edad, analfabetismo, disposición de la familia multigeneracional, hospitalización y fragilidad. Las variables que se mantuvieron en el modelo explicativo de la disminución de la capacidad funcional deben hacerse hincapié en la elaboración de políticas públicas para promover la salud de los ancianos.

Autor: Vera I. y cols.

Título: Factores asociados con disfuncionalidad familiar en adultos mayores no institucionalizados.

Fuente: Texto & contexto enferm 2015,24(2):504-504.

Resumen: El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y los factores asociados a la disfuncionalidad familiar y la capacidad funcional de la comunidad anciana de la capital de Goiás, en Brasil. Estudio trasversal, analítico, desarrollado con ancianos que relataron disfuncionalidad familiar. Resultados: Para los 149 ancianos con disfuncionalidad familiar, hubo prevalencia del género femenino, edad de 60 a 69 años, estado civil casado, hogares multipersonales, salud regular y presencia de dolor. La evaluación de la capacidad funcional mostró dependencia parcial para autocuidado. En la dinámica familiar, los aspectos más frágiles fueron dialogo y tiempo que la familia se queda junto, con satisfacción moderada para todos los dominios. La alta disfuncionalidad familiar permaneció asociada a la queda ($p=0,003$) y al episodio anterior de infarto agudo de miocardio ($p=0,004$) en el análisis de Poisson. Los ancianos expresaron envejecimiento activo con autonomía y capacidad funcional preservadas con relación al autocuidado y al convivio social.

Autor: Fuhrmann A. y cols.

Título: Asociación entre la capacidad funcional de personas mayores dependientes y la carga para los cuidadores familiares.

Fuente: Rev. gaúch. Enferm 2015; 6(1):20-23.

Resumen: La investigación tiene como objetivo caracterizar las personas mayores dependientes y sus cuidadores principales de la familia y comprobar la asociación entre la capacidad funcional de las personas mayores y la carga de los cuidadores. Estudio transversal con 112 ancianos / cuidadores. Resultados: La edad promedio de los ancianos fue 81,41 años, la puntuación promedio para PADL fue 10,36 y 6,25 para las AIVDs. De 112 ancianos, 71,4% tenía dependencia severa. Entre los cuidadores, 75% era mujeres, 61,6% niños con una edad promedio de 57,98 años y una carga promedio de 29,53 equivalente a carga moderada. Hubo una correlación significativa entre capacidad funcional de las personas mayores y carga de los cuidadores. Se encontró que, la mayor es la dependencia de los ancianos, la mayor carga del cuidador.

Autor: Navarro M., Leitón Z., Ojeda G. y Villanueva M.

Título: Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México.

Fuente: Rev. Enferm. investig. desarro. 2013, vol 11(2): 77-95.

Resumen: La investigación fue realizada en la ciudad de Celaya, Guanajuato. México, en el 2011, tuvo la finalidad de determinar los factores asociados a la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana. Estudio cuantitativo, descriptivo u observacional y diseño correlacional, con una muestra de 118 adultos mayores Resultados: la edad predomina en la población de 60 a 74 años 78.8%, predomina el sexo femenino con el 70.5%, casados el 51.7%, instrucción primaria el 57.7%, el 72.9% percibe un ingreso económico, el 47% función cognitiva normal, el 55% alto apoyo familiar, 63.6% no ha sufrido enfermedad los últimos seis meses y el 84.46% no tiene acceso a los servicios de salud. Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar. Conclusiones: La valoración de la calidad de vida, solo con el SF-36, es incompleta sino se valora adicionalmente la función cognitiva.

4.2. Nacionales

Autor: Córdoba N.

Título: Calidad de vida del adulto mayor. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo, 2010.

Fuente: Tesis presentada a la escuela de Post grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú, 2012.

Resumen: El objetivo fue identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. Se realizó una investigación de tipo cualitativa con abordaje de estudio de caso, se obtuvo datos a través del cuestionario socio demográfico y la entrevista semiestructurada a profundidad, orientada por una guía de preguntas aplicadas a 21 personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú –sede Chiclayo. Los datos de las entrevistas recibieron un tratamiento de acuerdo con el Método de Asociación de Contenidos, surgiendo dos categorías denominadas: 1) “La familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y 2) “El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor”. En la primera es la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares las que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud y su capacidad para desarrollar trabajos exigentes. Pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de los adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

4.3. Locales

Autor: Apaza K.

Título: Factores asociados al síndrome de fragilidad del adulto mayor del “Centro del Adulto Mayor Santa Rosa”. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Arequipa, 2017.

Fuente: Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2017.

Resumen: este estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados al Síndrome de Fragilidad del Adulto Mayor, participaron 40 adultos mayores y concluyeron que los factores biosociales que caracterizan a los adultos mayores son: la edad predominante se encuentra comprendida entre los 60 a 75 años, con un promedio de 70,77 años; el género femenino representa al 75% de la población; el nivel de instrucción más frecuente es el superior; la mayoría de adultos mayores son cesantes o amas de casa; más de la mitad son casados; la mayoría de adultos mayores no viven solos. Los factores clínicos muestran que la mayoría de los adultos mayores presentan comorbilidades; la mayoría no tienen hábitos nocivos. La frecuencia de fragilidad en los adultos mayores es de 55%. La edad tiene correlación moderada con el síndrome de fragilidad.

5. Hipótesis

Dado que los adultos mayores enfrentan una serie de cambios propios del proceso de envejecimiento, los cuales propician la aparición de mayores riesgos en las esferas biológica, emocional, familiar, social, entre otras;

Es probable que los factores familiares como el estado civil, tipo de familia, número de miembros de la familia, el apoyo familiar y los factores sociales como el ingreso económico, ingreso económico suficiente para sus necesidades, el servicio de salud con que cuenta, el apoyo social y la condición social estén asociados de forma significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Yanahuara.

Capítulo II

Planteamiento Operacional

1. Técnica e Instrumento

1.1. Técnica

La técnica empleada fue la encuesta para el recojo de la información con los adultos mayores, empleándose en la modalidad de cuestionario.

1.2. Instrumento

1.2.1 Cuestionario de factores familiares de los adultos mayores: este instrumento fue elaborado por las investigadoras, las preguntas se realizaron para obtener la información referida a los factores familiares y sociales de los adultos mayores.

1.2.2 Escala de valoración sociofamiliar de Gijon modificada: Esta escala fue creada para evaluar la condición sociofamiliar de los adultos mayores, fue validado en el Perú por Varela (2003), en la Universidad Cayetano Heredia, obteniendo una confiabilidad de 0,89. Consta de cinco áreas a evaluar, la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, y apoyos de la red social; de 10 a más puntos cataloga a la persona como en riesgo y/o problema social. Las categorías finales son (Varela, 2003):

- Valoración sociofamiliar buena- aceptable: 5-9 puntos.
- Valoración sociofamiliar en riesgo: 10-14 puntos.
- Valoración sociofamiliar con problema social: 15 a más puntos.

1.2.3. Cuestionario WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor: El WHOQOL-BREF empleado en el presente estudio, se trata de una versión abreviada de 26 ítems del cuestionario original: WhoQOL-100, está diseñado para evaluar la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. En base a ello, cada dimensión tiene un puntaje independiente, que luego se convierte a una escala de 0 a 100 puntos. Las

escalas de respuesta son tipo Likert, con cinco opciones; las puntuaciones mayores indican una mayor calidad de vida (WHOQOL-Group, 1998). El instrumento posee una alta confiabilidad dado que presenta un alfa de Cronbach mayor a 0,70. El puntaje final del instrumento permite calificar la calidad de vida de la siguiente manera:

- Mala calidad de vida: de 0 a 30 puntos.
- Regular calidad de vida: de 31 a 60 puntos.
- Buena calidad de vida: de 61 a 100 puntos.

En el presente estudio se utilizó la versión del instrumento validada en el Perú por Márquez, Loret, Bernabé, Smeeth, Gilman y Miranda (2011), quienes obtuvieron un coeficiente de confiabilidad de 0,88.

2. Campo de Verificación: Ámbito Geográfico

El estudio fue realizado en el Centro de Salud Yanahuara, el mismo que está ubicado en la Calle Quesada s/n, en el Distrito de Yanahuara, en la Provincia y Departamento de Arequipa. El Centro de Salud Yanahuara presta atención de salud a la población urbana de alto riesgo, personas de escasos recursos: pobres, lactantes, niños, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, adulto mayor, discapacitados y enfermos crónicos.

En cuanto al tipo de necesidad social que atiende, el Centro de Salud Yanahuara brinda atención que cubre las necesidades de salud primaria, promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación de problemas de salud, siendo su propósito lograr que la población que demanda sus servicios logre tener el equilibrio en el bienestar físico, mental y social, no sólo la carencia de enfermedades y afecciones.

3. Unidades de Estudio

La población para la realización del estudio estuvo conformada por los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Yanahuara los que son aproximadamente 50 personas.

La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores que asistieron al referido establecimiento y que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con edades comprendidas desde los 60 a 90 años, de ambos géneros.
- Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y que asisten regularmente.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que presentaban discapacidad.
- Adultos mayores con diagnóstico de demencia senil o Enfermedad de Alzheimer.

4. Temporalidad

El estudio se realizó durante los meses de marzo a noviembre del año 2017.

5. Estrategia de Recolección de Datos

- El proyecto fue presentado a la Escuela Profesional de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Tecnológicas Sociales y Humanidades para su revisión y posterior calificación y aprobación por el Jurado Dictaminador. Luego se solicitó al Decanato una carta de presentación dirigida al director del Centro de Salud Yanahuara, para que nos autorizará a desarrollar el estudio.
- Una vez que nos otorgaron el permiso, se acudió de forma diaria al establecimiento para realizar las entrevistas de los adultos mayores que acudían al mismo y previa explicación del propósito del estudio, se les solicitó su participación en el mismo. La aplicación de los instrumentos se realizó a los

adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en la investigación. El proceso de recolección de datos se denominó con la sigla FACAVI (factores, calidad, vida). Terminada la etapa de recolección de datos se realizó una base de datos en el programa Excel, en la cual, fueron tabulados los instrumentos y luego se efectuó el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico STATISTICAS. Para establecer los factores asociados se aplicó la Prueba de chi cuadrado. Los resultados son presentados en tablas.



Capítulo III

Presentación y Discusión de Resultados

1. Proceso de Recolección de los Datos

De acuerdo con lo ya señalado, después que la dirección del Centro de Salud Yanahuara, nos autorizó la ejecución del trabajo de investigación, se procedió a coordinar con la enfermera y trabajadora social responsables de la atención a los adultos mayores, quienes acuden al establecimiento de salud tanto para solicitar atención médica o para participar en alguna de las actividades planificadas para este colectivo.

Una vez que identificamos a los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión, procedimos a solicitarles su consentimiento para participar en la investigación y se les aplicó los formularios en la modalidad de entrevista, la misma que tuvo una duración aproximada de 15 minutos por cada adulto mayor. Luego de la etapa de recolección de datos, se realizó la tabulación y análisis de la información obtenida, cuyos resultados presentaremos a continuación.

2. Análisis y Presentación de Resultados

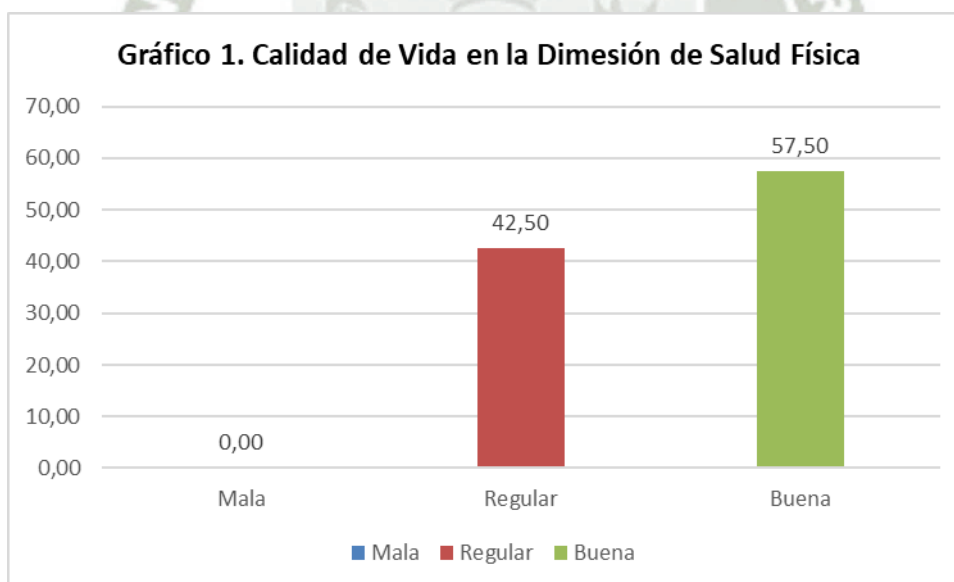
TABLA 1

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD FÍSICA DE LOS
ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD FÍSICA	F	%
Mala	0	0,00
Regular	17	42,50
Buena	23	57,50
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

Gráfico 1. Nivel de Cal



Elaboración propia

La tabla y el gráfico muestran, que ningún adulto mayor presentó mala calidad de vida en la dimensión física, el 42.50% presentó calidad de vida regular y el 57,50% buena calidad de vida, estos resultados son explicados por el hecho de que la mayoría

de adultos mayores presentan trastornos físicos que son resultado del proceso de envejecimiento, mediante el cual, todos los órganos y sistemas del organismo, van teniendo una disminución de sus funciones por desgaste o deterioro de los mismo, y esto se asocia a un incremento en la incidencia de diversos tipos de manifestaciones clínicas, trastornos físicos, que determinan que una proporción importante de adultos mayores presenten pluripatologías. Entre los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Yanahuara, se observó predominio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, artritis, alteraciones crónicas en el aparato digestivo como la gastritis, enfermedad por reflujo, colon irritable y otros, que sin lugar a dudas causan un deterioro en la salud física y por ende en la calidad de vida.

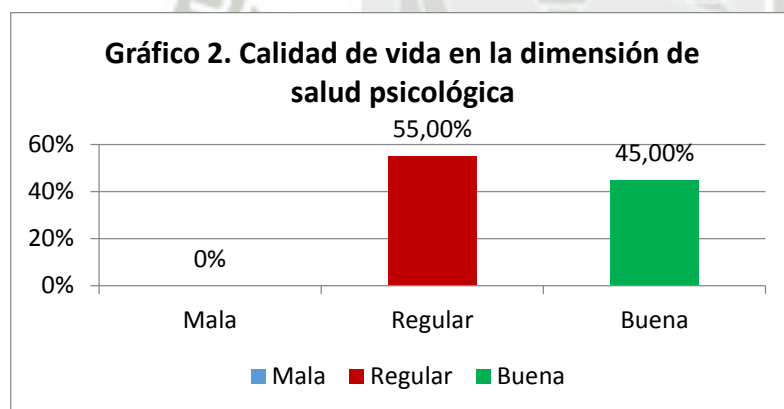
Las actividades físico recreativas contribuyen a promover la autonomía, independencia y el mejoramiento de sus relaciones sociales, integración como grupo asimismo les da balance y fortaleza mejorando sus funciones vitales disminuyendo riesgo de caídas, los hace sentirse activos previene enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y algunos tipos de cáncer y hay mejora sintomática de las enfermedades crónicas. El Yoga, taichí, caminatas, baile y actividades ocupacionales contribuirían a mejorar la salud física del adulto mayor.

TABLA 2

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD PSICOLÓGICA DE
LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD PSICOLÓGICA	F	%
Mala	0	0,00
Regular	22	55,00
Buena	18	45,00
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017



Elaboración propia

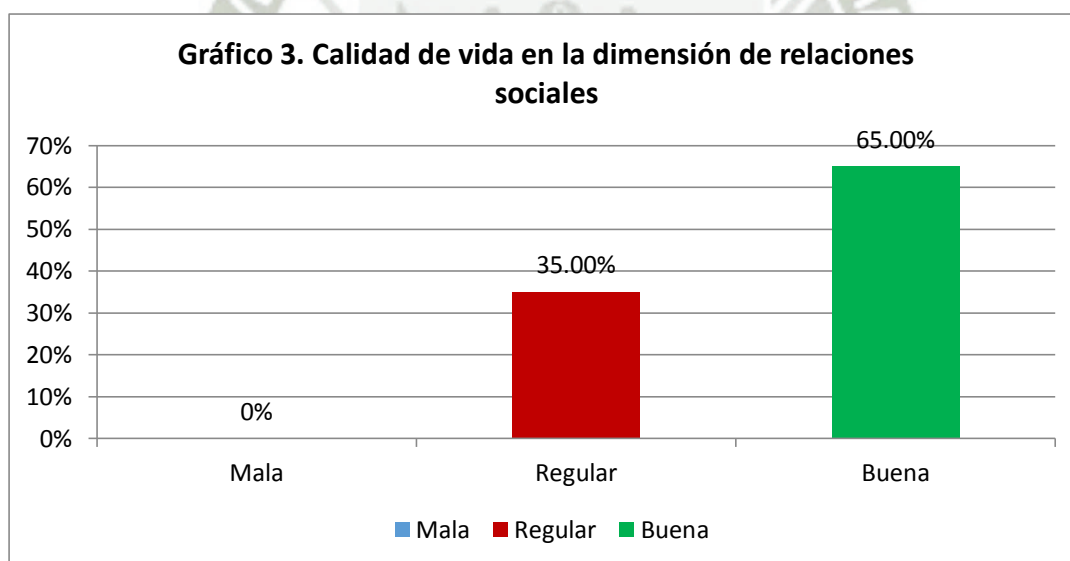
La tabla y el gráfico muestran, que el 55% de adultos mayores tienen calidad de vida regular en la dimensión psicológica y el 45% tiene buena calidad de vida, resultado que se explica, porque aunado a la afectación en su salud física que sin lugar a dudas ocasiona malestar psicológico en las personas, debido a las distintas enfermedades que presentan, también se debe señalar que muchos adultos mayores presentan en su vivir diario situaciones de conflicto con sus familiares directos, han señalado que conviven en casa con sus hijos y las familias de estos, lo cual ocasiona que los adultos mayores, se sientan como una carga para los hijos, que el tratar de educar o contribuir con la crianza de los nietos también les trae dificultades o conflictos. Asimismo, muchos otros se encuentran en la etapa del nido vacío porque los hijos han dejado el hogar para formar sus propias familias y los adultos mayores vuelven a estar solos con la pareja, o en muchos casos solos o solas, cuando el conyugue a fallecido. Se debe mencionar también, que la afectación de la calidad de vida en la dimensión psicológica, también se debe a que en esta etapa muchas personas experimentan diversos tipos de pérdidas como son, el trabajo, debido a la jubilación, el nivel económico que tenían cuando trabajaban, dado que las pensiones, por lo general son de montos menores a los salarios o ingresos que percibían cuando eran activos laboralmente, también se deben enfrentar a la pérdida de los seres queridos, como es el caso de los conyugues, hermanos, debido al fallecimiento, y todas estas circunstancias colocan al adulto mayor en un estado de duelo, que requiere de apoyo para poder afrontarlo de forma adecuada, pero mientras dura este proceso, la calidad de vida en la dimensión psicológica se ve disminuida.

TABLA 3

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE RELACIONES SOCIALES DE
LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE RELACIONES SOCIALES	F	%
Mala	0	0,00
Regular	14	35,00
Buena	26	65,00
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.



Elaboración propia

La tabla y el gráfico muestran, que el 65% de adultos mayores tienen buena calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales y el 35% tiene calidad de vida regular, este resultado puede ser explicado por el hecho de que la mayoría de adultos mayores conservan sus relaciones sociales, ya sea con un círculo de amigos cercanos, como es el caso de los vecinos y los mismos compañeros que asisten al club del Adulto Mayor, con los que entablan relaciones de amistad y compañerismo, los mismos adultos mayores evaluados, manifiestan que ante los problemas o dificultades que presentan en casa, con los hijos, estar solos a causa de la viudez, jubilación u otras situaciones, el poder acudir al club del Adulto Mayor y compartir esos momentos con sus compañeros, para ellos constituyen un aliciente y una forma de sobrellevar sus dificultades de la vida diaria. En tal, sentido, se considera que las trabajadoras sociales, cumplen un rol esencial en la atención de los adultos mayores, porque su atención profesional, contribuye a que las personas de la tercera edad, pueden afrontar las situaciones ya sea de enfermedad física, o problemas que afectan su bienestar emocional y psicológico y de esta manera contribuyen a preservar la calidad de vida en un nivel bueno.

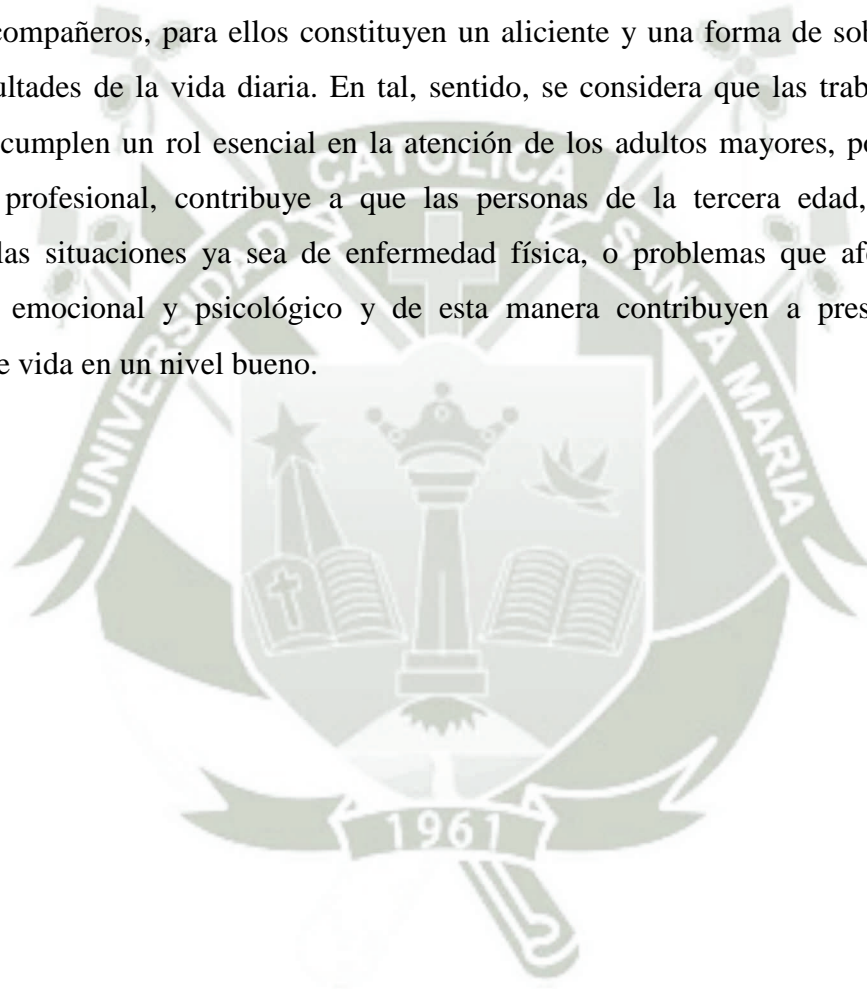
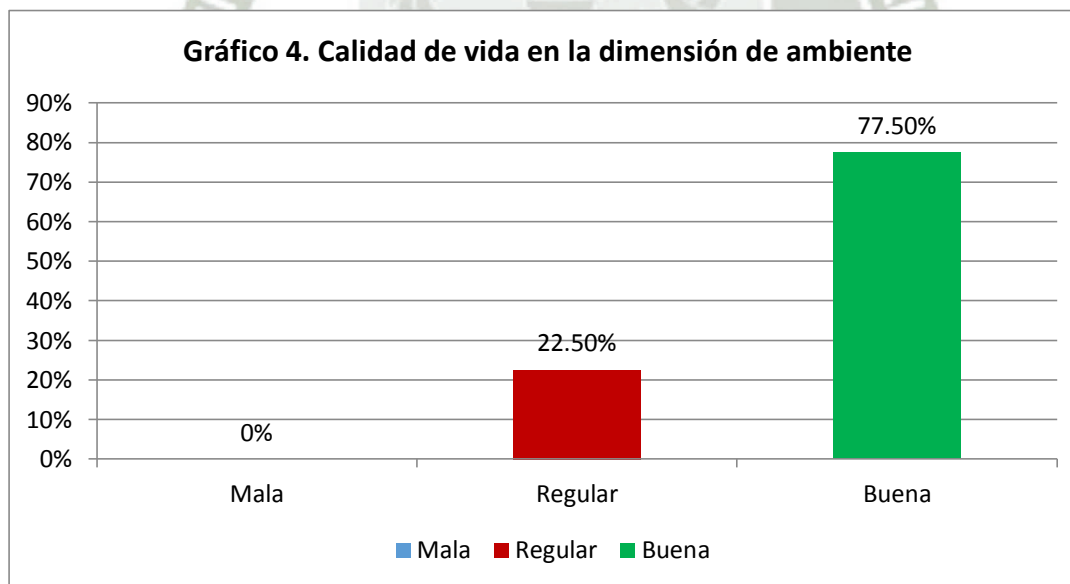


TABLA 4

**CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE AMBIENTE LOS ADULTOS
MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE AMBIENTE	F	%
Mala	0	0,00
Regular	9	22,50
Buena	31	77,50
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017



Elaboración propia

La tabla y el gráfico muestran, que el 77,50% de adultos mayores presentan buena calidad de vida en la dimensión de ambiente, y el 22,50% presentan regular calidad de vida. Según estos resultados, esta es la dimensión en la que se presentan mejores resultados, dado que según los ítems evaluados en la dimensión de ambiente, se hace referencia a la satisfacción que tiene con las condiciones del lugar donde vive, de su acceso a los servicios sanitarios, la satisfacción con los servicios de transporte en su zona, los mismos que en la ciudad de Arequipa podrían considerarse que son satisfactorios. Sin embargo, también podría afirmarse que analizando estos indicadores, existen ciertas deficiencias en la ciudad sobre todo de tipo arquitectónicas y de servicios accesibles para personas adultas mayores que pueden tener ciertas dificultades para desplazarse, para subir o bajar de los servicios de transporte público, la falta de cumplimiento de la disposición de asientos reservados para adultos mayores y también se observa indiferencia de muchas personas que no respetan tales disposiciones, siendo estos aspectos susceptibles de mejora en base a la intervención de los trabajadores sociales que laboran en las municipalidades, instituciones públicas, instituciones de salud u otras.

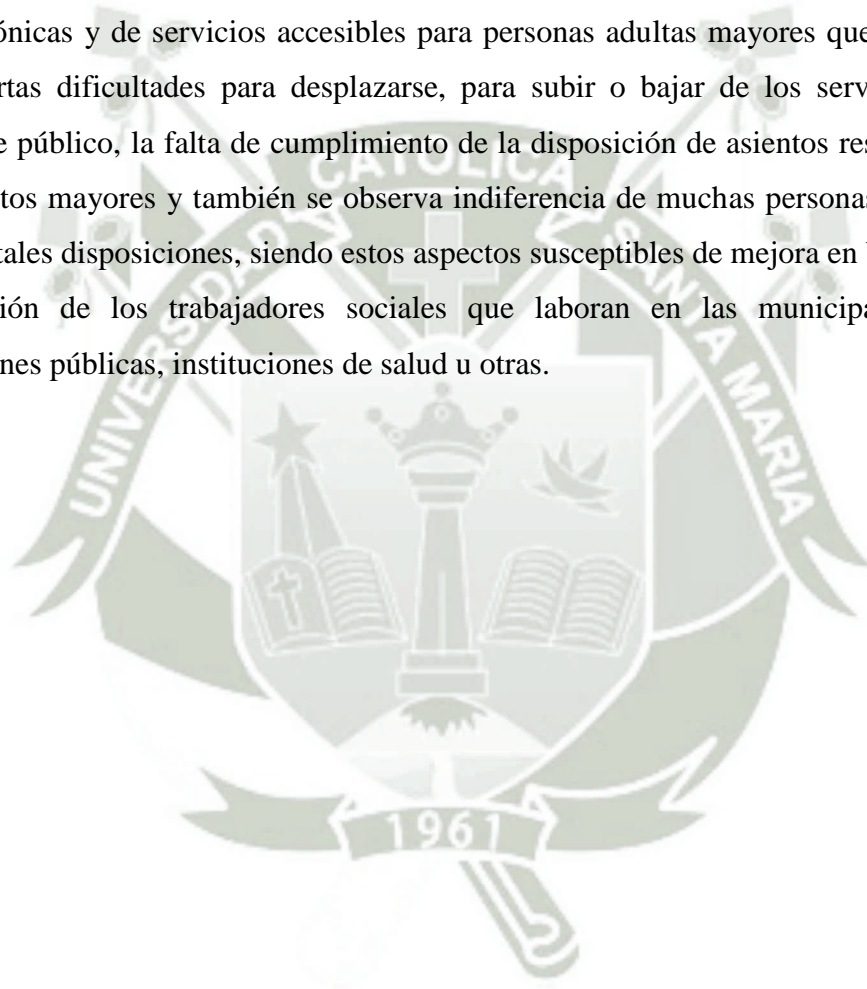


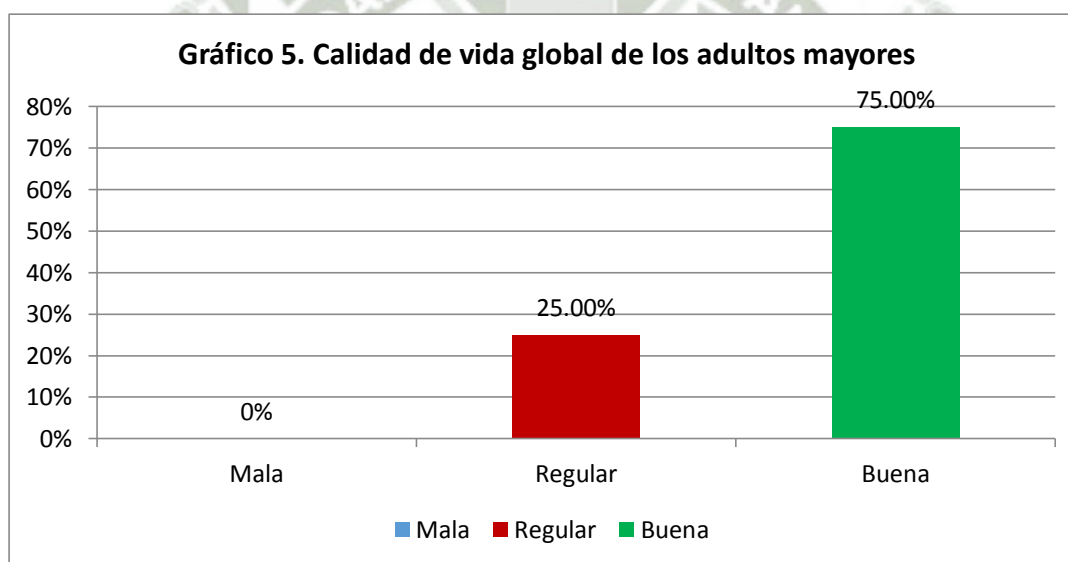
TABLA 5

**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO
DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA	F	%
Mala	0	0,00
Regular	10	25,00
Buena	30	75,00
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

de Calidad de Vida Global de los Adultos Mayores.



Elaboración propia

Se observa, que ningún adulto mayor presentó mala calidad de vida, el 25% tenía calidad de vida regular y buena el 75% de los adultos mayores. Al encontrar como resultado un buen nivel de calidad de vida en los adultos mayores refleja la incidencia de los programas del Estado para asegurar una vida digna a las personas de la tercera edad promoviendo a través de las políticas sociales acciones dirigidas al cuidado de su salud física, psicológica, emocional y social.

Este aspecto es relevante para la intervención desde lo social, en la medida que direcciona los proyectos y fundamentalmente las estrategias para fortalecer desde lo social una permanente participación comprometida del adulto mayor en los programas que implementa el Estado con la finalidad de optimizar una atención integral como parte del equipo multidisciplinario bajo una perspectiva de promoción humana característica del Trabajo Social.

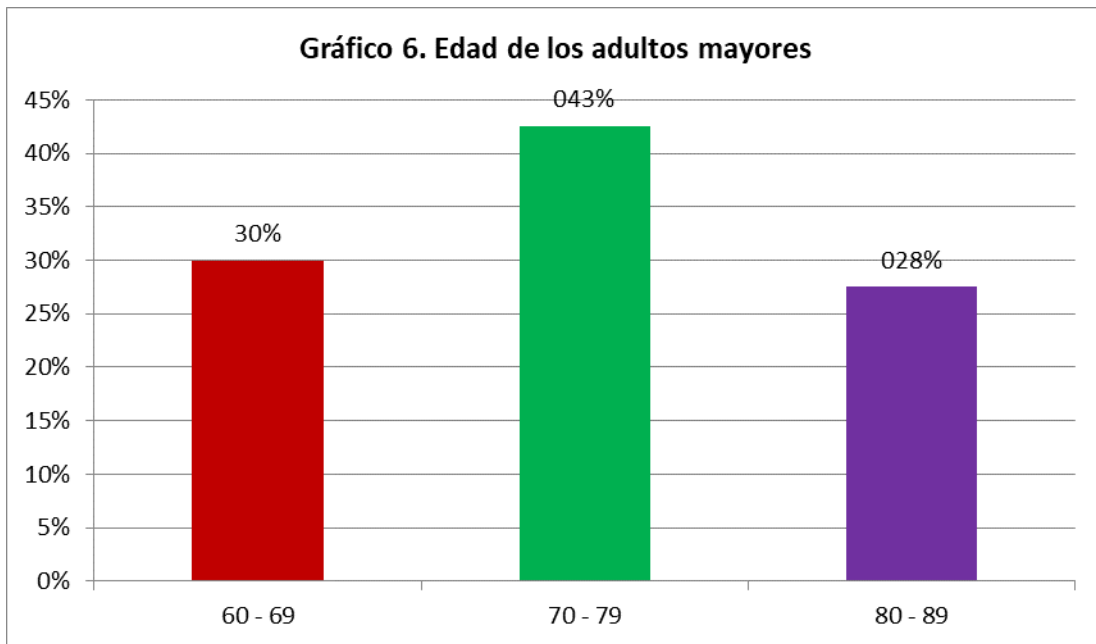


TABLA 6

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES.
CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

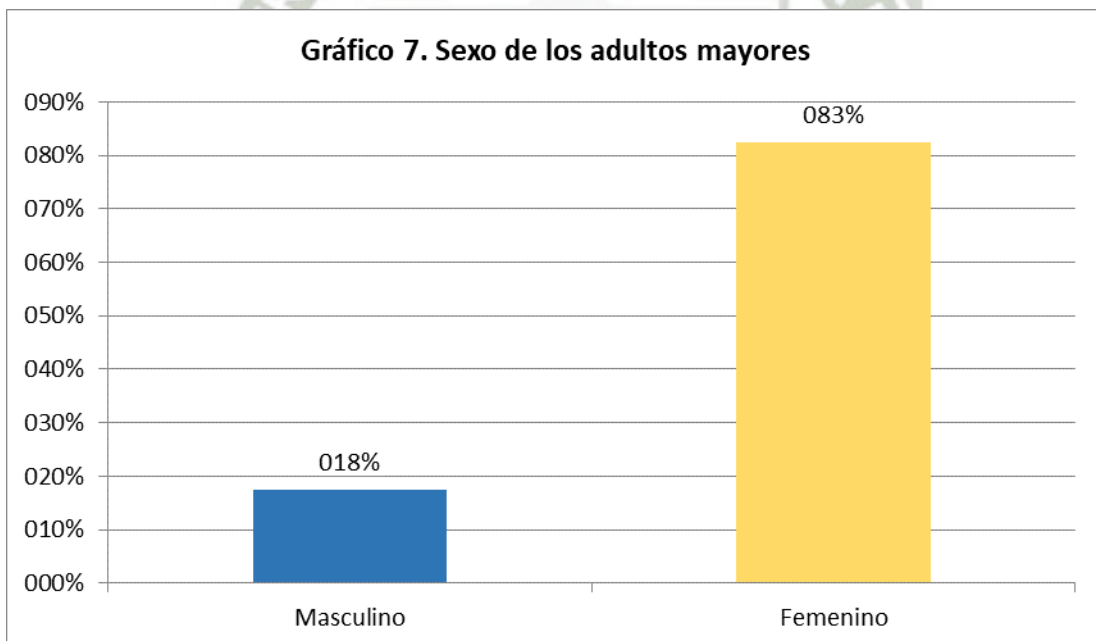
CARACTERÍSTICA	F	%
Edad (años)		
60 – 69	12	30,00
70 – 79	17	42,50
80 – 89	11	27,50
TOTAL	40	100
Sexo		
Masculino	7	17,50
Femenino	33	82,50
TOTAL	40	100
Nivel de instrucción		
Ninguno	5	12,50
Primaria	6	15,00
Secundaria	8	20,00
Superior	21	52,50
TOTAL	40	100
Procedencia		
Arequipa	31	77,50
Puno	5	12,50
Cusco	2	5,00
Caylloma	1	2,50
Islay	1	2,50
TOTAL	40	100

Fuente: Cuestionario de Factores Familiares aplicado a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

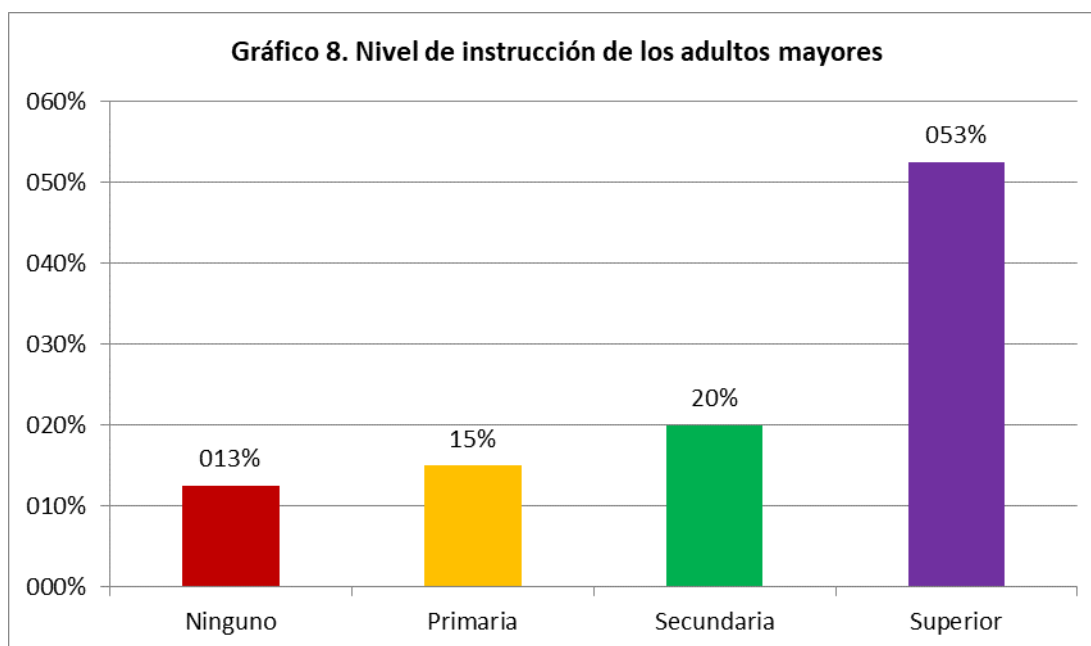


Elaboración propia

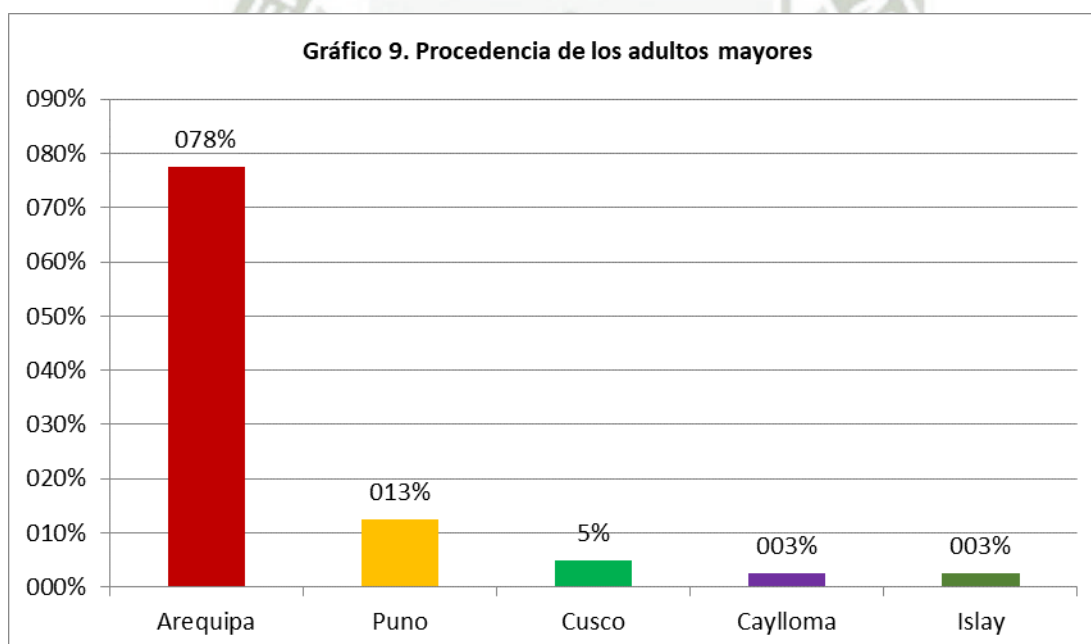
de los Adultos Mayores



Elaboración propia



Elaboración propia



Elaboración propia

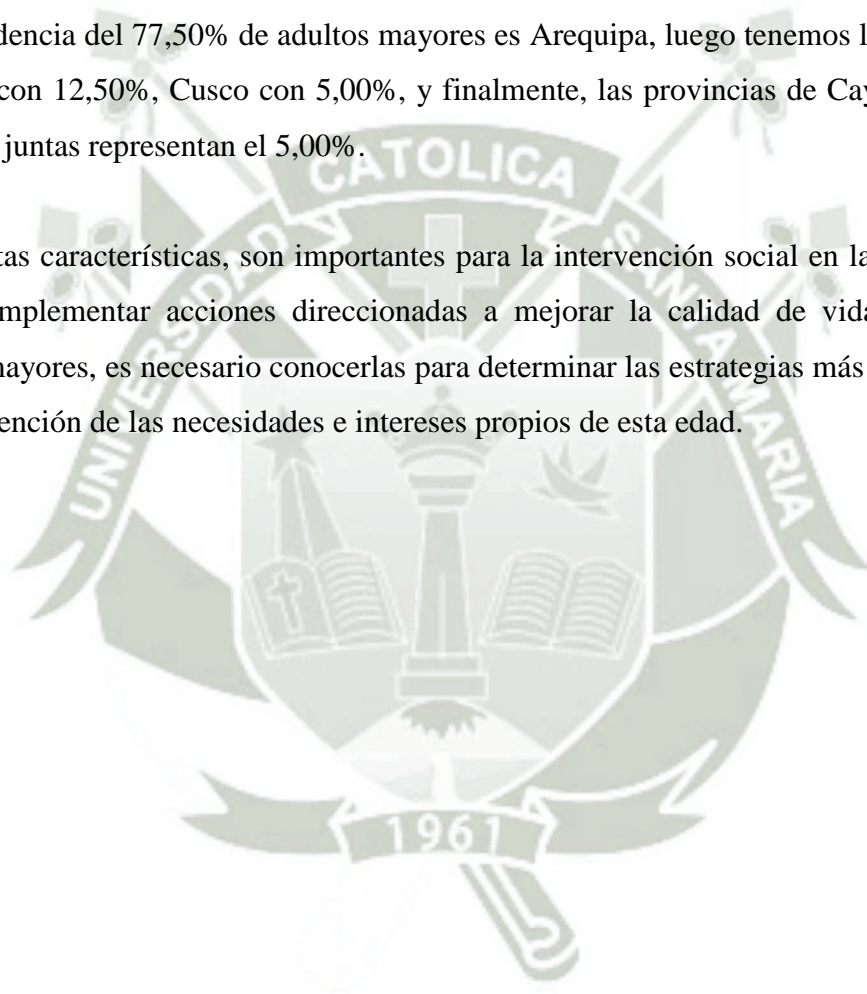
Se observa en la tabla y gráficos respectivos, que la edad de los adultos mayores está distribuida desde los 60 hasta los 89 años, el 30% tenía edades comprendidas desde los 60 a 69 años, el 42,50% tenía edades entre 70 a 79 años y el 27,50% entre 80 a 89 años; la edad promedio encontrada en el estudio fue de 74 años.

En cuanto al sexo se observó que, el 82,50% del total de encuestados fueron de sexo femenino y el 17,50% masculino, resultados que nos demuestran un marcado predominio porcentual de las mujeres en relación con los varones, resultando en una proporción de 4,7:1, es decir que por cada cinco mujeres encontramos un varón.

El nivel de instrucción predominante en la muestra de estudio fue el superior en 52,50%, luego secundaria en 20%, primaria en 15%, mientras que el 12,50% de adultos mayores no tenía ningún nivel de instrucción.

La procedencia del 77,50% de adultos mayores es Arequipa, luego tenemos la ciudad de Puno con 12,50%, Cusco con 5,00%, y finalmente, las provincias de Caylloma e Islay que juntas representan el 5,00%.

Todas estas características, son importantes para la intervención social en la medida que, al implementar acciones direccionadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, es necesario conocerlas para determinar las estrategias más eficaces para la atención de las necesidades e intereses propios de esta edad.



Factores Familiares y Calidad de Vida

TABLA 7

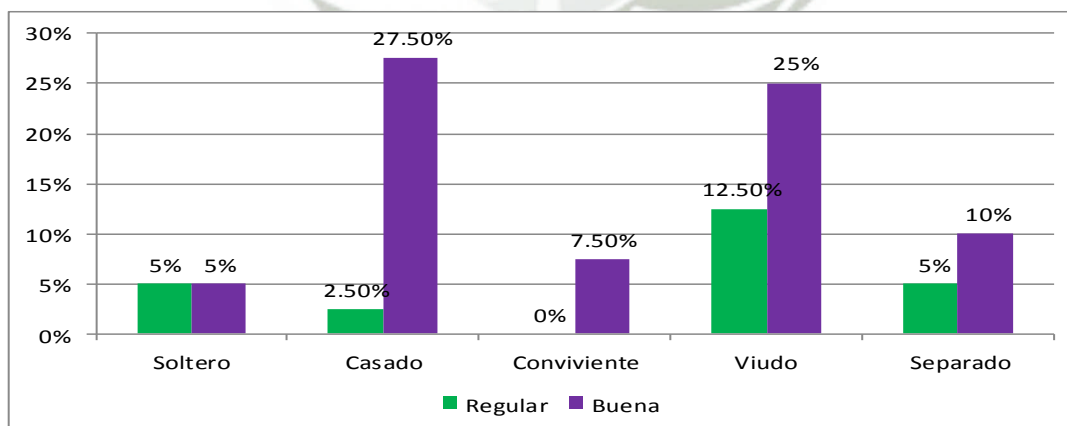
**ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

ESTADO CIVIL \ CALIDAD DE VIDA	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Soltero	2	5,00	2	5,00	4	10,00
Casado	1	2,50	11	27,50	12	30,00
Conviviente	0	0,00	3	7,50	3	7,50
Viudo	5	12,50	10	25,00	15	37,50
Separado	2	5,00	4	10,00	6	15,00
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.

$X^2 = 0,8604$ $p > 0,05$

Gráfico 10. Asociación entre el Estado Civil y la Calidad de Vida de los Adultos Mayores



Elaboración propia

Se observa, que el mayor porcentaje de adultos mayores es representado por personas cuyo estado civil es viudo (37,50%), luego tenemos que el 30% son casados, 15% separados, 10% solteros y 7,50% convivientes.

Según resultados de la prueba de chi cuadrado, el estado civil no es un factor asociado a la calidad de vida de los adultos mayores. Desde el análisis social, sin embargo, la sociabilidad es importante como vínculo entre las personas para un desarrollo óptimo e integral, que proporciona muchas satisfacciones y según el tipo de vínculo afecta en mayor o menor grado el desenvolvimiento normal del adulto mayor. Este es un aspecto importante para direccionar acciones desde lo social orientadas a promover un ambiente de calidad y calidez para el adulto mayor a través de la atención fundamentalmente personalizada. Se afirma la importancia de brindar al adulto mayor un ambiente sobre todo familiar caracterizado por el buen trato, cariño y atenciones adecuadas por la avanzada edad de estos (42,50 % de adultos mayores entre 70 y 79 años – Tabla 6), la carencia de este aspecto genera en ellos una sensación de “deficientes relaciones familiares”. Pochintesta (2015), refiere que “la viudez constituye un evento clave en el proceso de envejecimiento en tanto produce cambios económicos, sociales y emocionales que afectan profundamente la identidad” (p.1). El adulto mayor por su avanzada edad (Tabla 6) y al encontrarse en una situación de viudez (37,50%), su situación económica se altera, aparecen sentimiento de soledad sintiéndose “incomprendidos hasta rechazados por su propia familia”.

TABLA 8

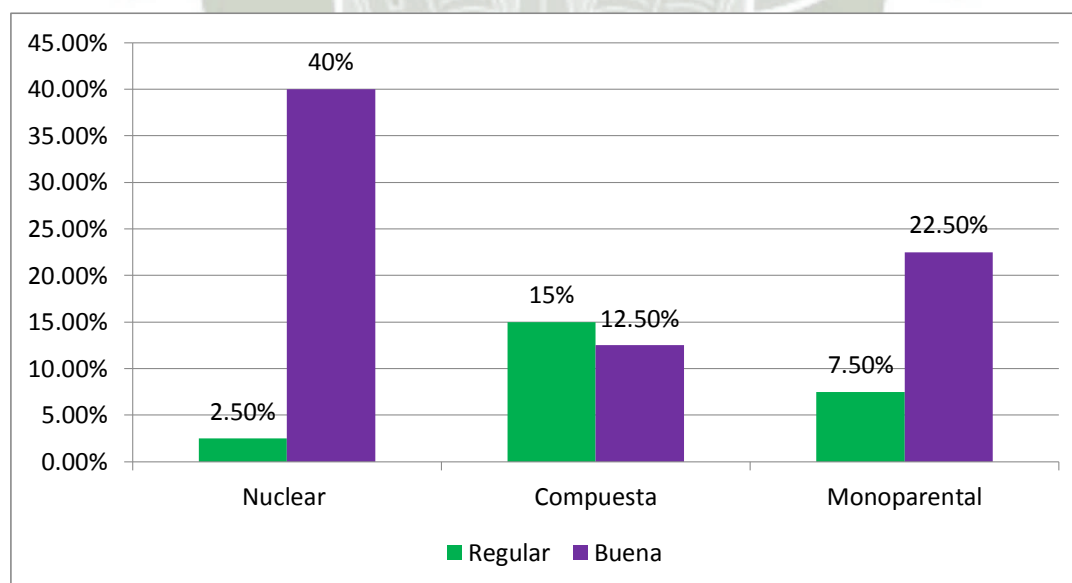
**ASOCIACIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
TIPO DE FAMILIA						
Nuclear	1	2,50	16	40,00	17	42,50
Compuesta	6	15,00	5	12,50	11	27,50
Monoparental	3	7,50	9	22,50	12	30,00
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.

$X^2 = 0,0341$ $p > 0,05$

Gráfico 11. Asociación entre el tipo de familia y la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

Se observa, que el tipo de familia más frecuente es nuclear representando al 42,50% de la muestra, el 27,50% de adultos mayores viven en familias compuestas, que generalmente están conformadas por los padres, hijos, yernos y/o nueras y los nietos. El 30% de adultos mayores viven en familias monoparentales.

La prueba de chi cuadrado demuestra que el tipo de familia no es un factor familiar que este asociado a la calidad de vida del adulto mayor. Desde un análisis social la familia proporciona bienestar a sus miembros, es el espacio donde permanecen la mayor parte del tiempo y precisamente donde los adultos mayores deben estar en condiciones óptimas lejos de cualquier situación que vulnere sus derechos “recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima” (MIMP, 2013, pág. 14), indistintamente de pertenecer a una familia nuclear, compuesta o monoparental. Esta información permite determinar y entender la limitada participación del adulto mayor y el poco tiempo, con el que cuenta para realizar las actividades que desde el Centro de Salud se programan.



TABLA 9

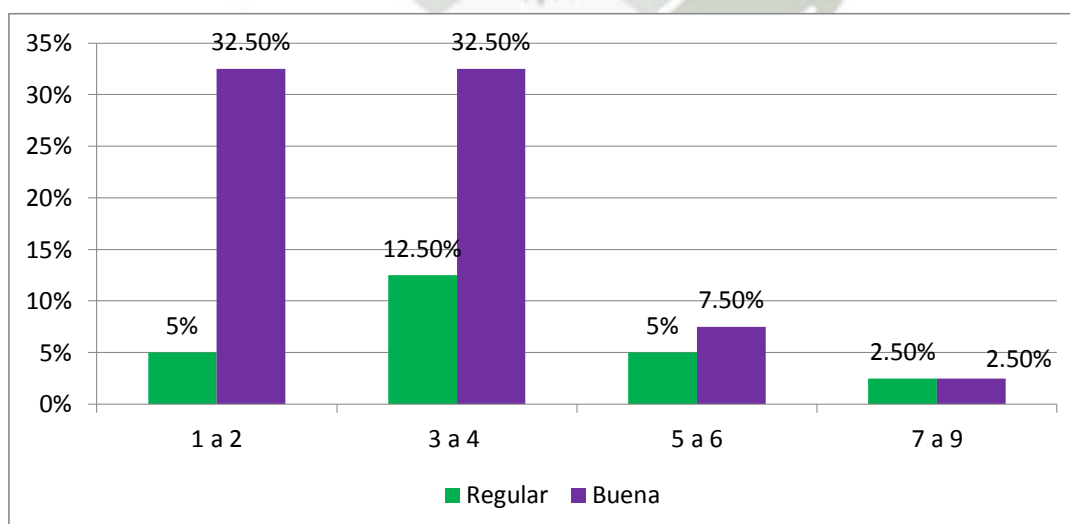
**ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA Y
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE
SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA NÚMERO DE MIEMBROS	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1 – 2	2	5,00	13	32,50	15	37,50
3 – 4	5	12,50	13	32,50	18	45,00
5 – 6	2	5,00	3	7,50	5	12,50
7 – 9	1	2,50	1	2,50	2	5,00
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

$X^2 = 1,4430$ $p > 0,05$

Gráfico 12. Asociación entre el número de miembros de la familia y la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

El mayor porcentaje obtenido es el 45 % correspondiente a familias conformadas por tres a cuatro miembros, el 37,50% de adultos mayores viven en familias conformadas por uno a dos miembros, lo cual se presenta principalmente en aquellas personas que viven con su esposo o la madre con un hijo (a); el 12,50% de casos, las familias están conformadas por cinco a seis miembros y el 5% de 7 a 9 miembros.

La prueba de chi cuadrado demuestra que el número de miembros de la familia no es un factor que este asociado a la calidad de vida del adulto mayor. Este es un aspecto relevante para la intervención social con esta población. Desde el rol del trabajador social, las políticas sociales y programas nacionales promueven la participación de familias para el cuidado y atención del adulto mayor y permite no solo comprender el trabajo intramural sino fundamentalmente las acciones intramurales del equipo multidisciplinario y como parte del trabajador social potenciando su intervención con una visión social clara, determinando medidas y estrategias que involucre el compromiso de los miembros de las familias por el bienestar y calidad de vida del adulto mayor.

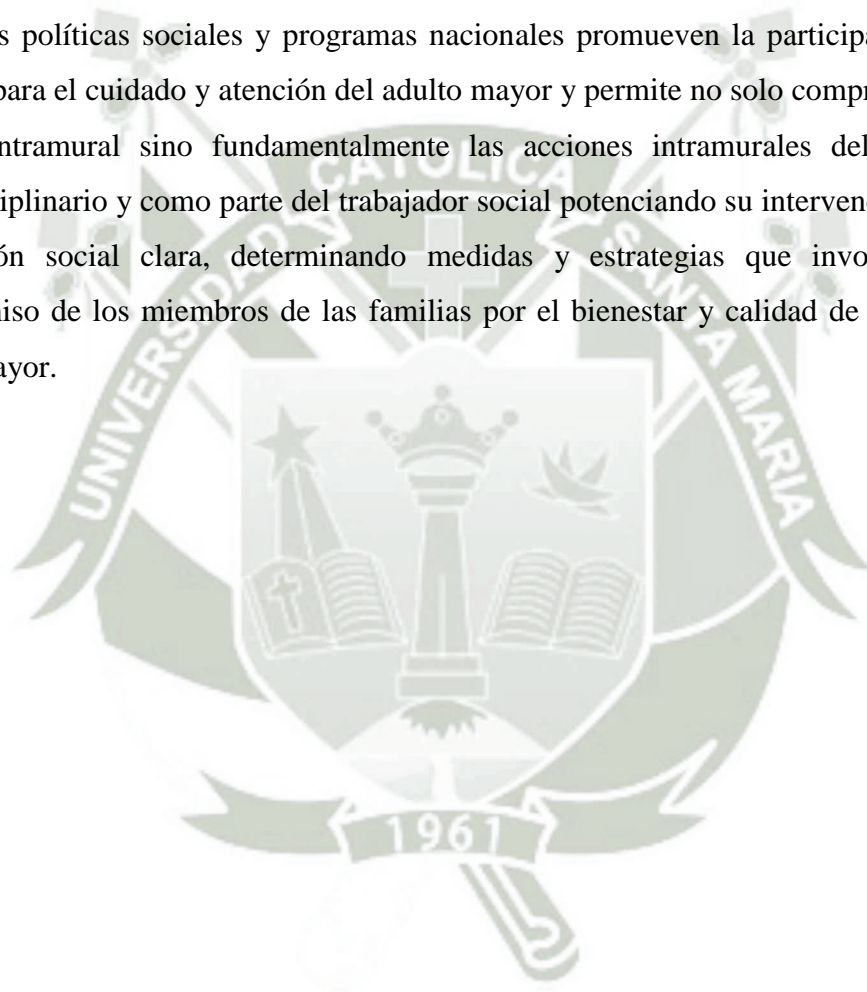


TABLA 10

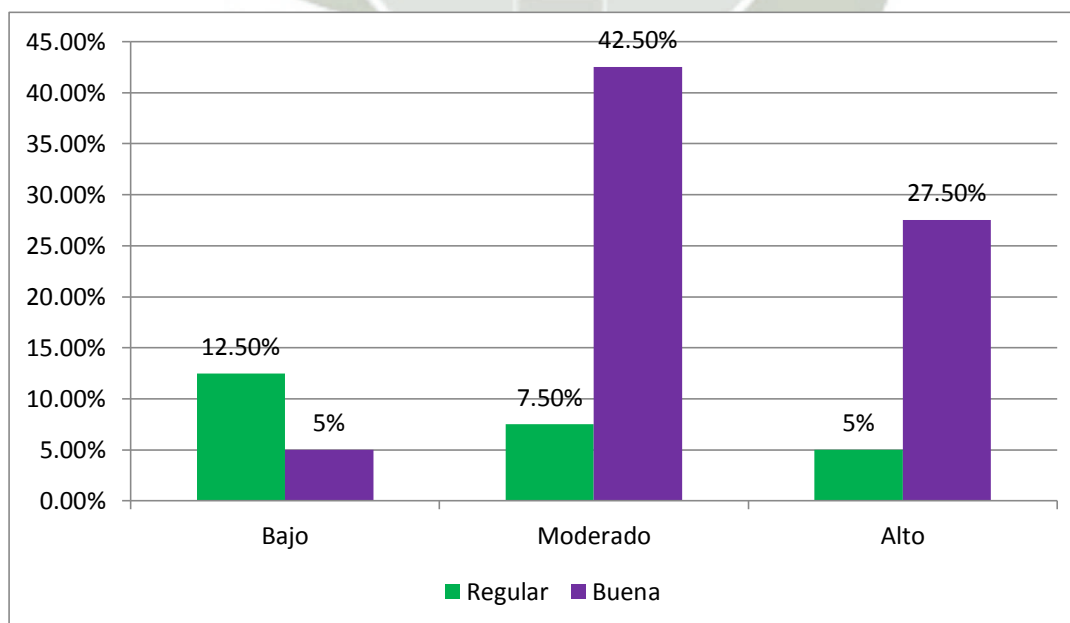
ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA FAMILIA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017

CALIDAD DE VIDA \ APOYO FAMILIAR	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Bajo	5	12,50	2	5,00	7	17,50
Moderado	3	7,50	17	42,50	20	50,00
Alto	2	5,00	11	27,50	13	32,50
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

$X^2 = 14,3522$ $p < 0,05$

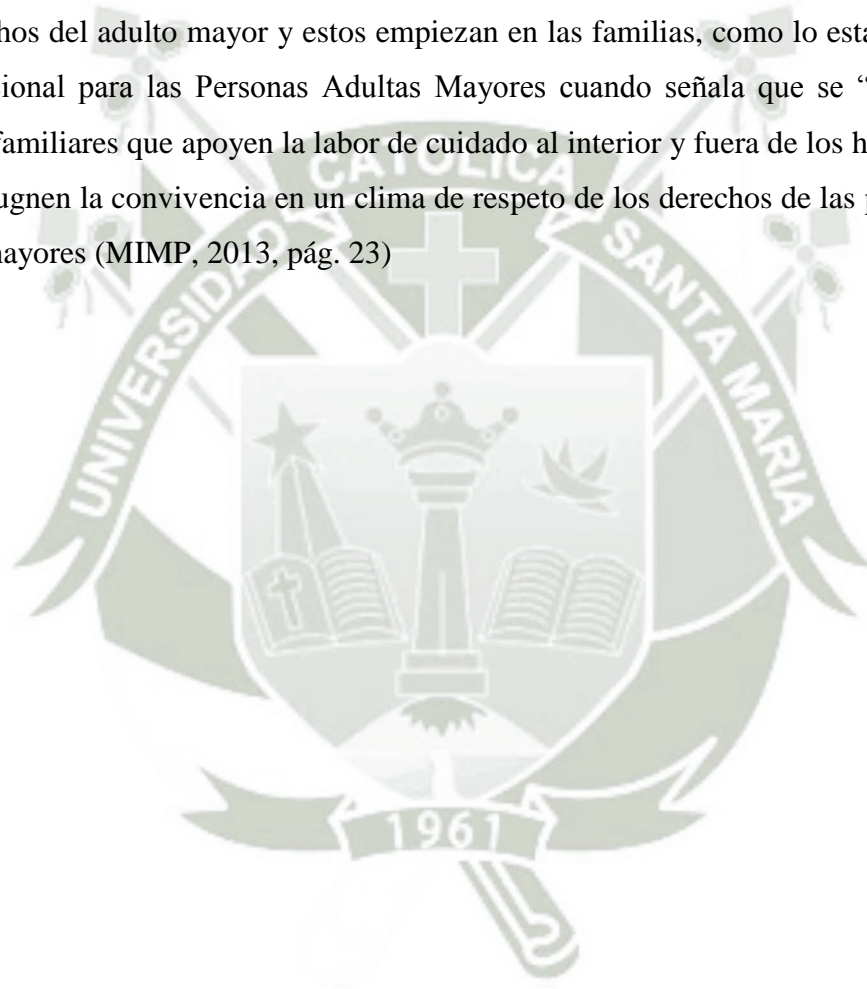
Gráfico 13. Asociación entre el apoyo familiar en la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el 50% de adultos mayores reciben apoyo familiar moderado, el 32,50% tienen apoyo familiar alto y bajo el 17,50%.

La prueba de chi cuadrado demuestra que el apoyo familiar que reciben los adultos mayores es un factor asociado de forma estadísticamente significativa a la calidad de vida del adulto mayor, es decir, que aquellas personas que reciben apoyo familiar alto, tienen buena calidad de vida, mientras que aquellos que reciben apoyo bajo o moderado, en su mayoría presentan calidad de vida regular. Estos resultados validan las acciones o programas sociales que tienen como fundamento base el respeto por los derechos del adulto mayor y estos empiezan en las familias, como lo establece el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores cuando señala que se “faciliten arreglos familiares que apoyen la labor de cuidado al interior y fuera de los hogares y que propugnen la convivencia en un clima de respeto de los derechos de las personas adultas mayores (MIMP, 2013, pág. 23)



Factores Sociales y Calidad de Vida

TABLA 11

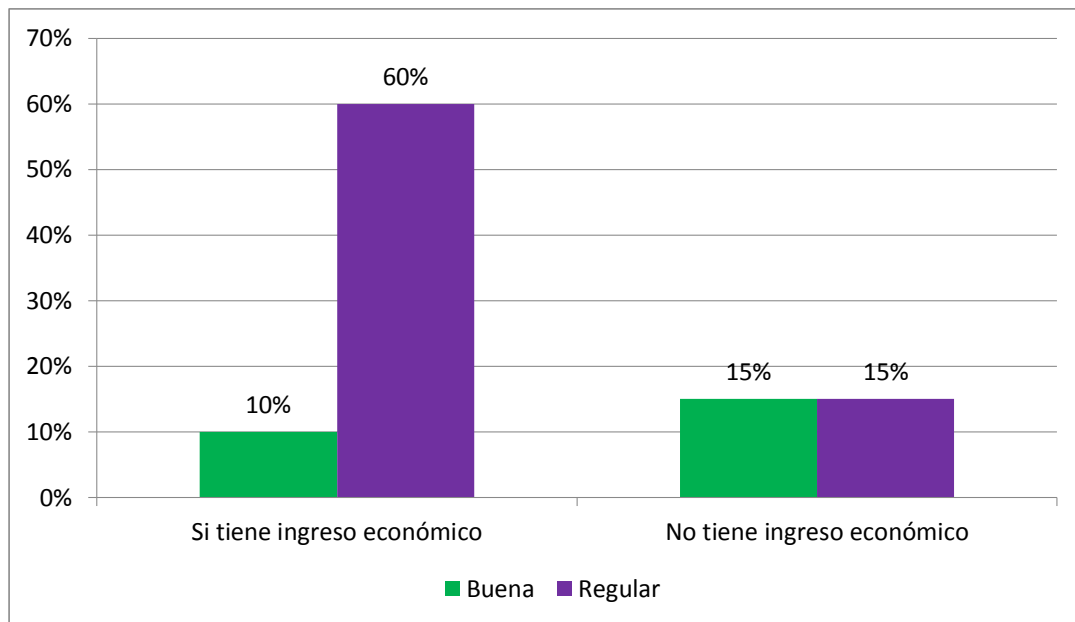
**ASOCIACIÓN ENTRE CONTAR CON INGRESO ECONÓMICO PROPIO Y
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE
SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA INGRESO ECONÓMICO	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sí tiene	4	10,00	24	60,00	28	70,00
No tiene	6	15,00	6	15,00	12	30,00
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

$X^2 = 5,7143$ $p < 0,05$

Gráfico 14. Asociación entre contar con ingreso económico propio y la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

Se observa, que el 70% de adultos mayores sí tienen ingreso económico propio, el 30% no lo tiene. La prueba de chi cuadrado demuestra que tener ingreso económico propio es un factor económico asociado de forma estadísticamente significativa a la calidad de vida del adulto mayor. El Centro de Salud de Yanahuara al encontrarse ubicado en zona urbana de Arequipa donde la mayoría de sus pobladores cuentan con recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades, y los adultos mayores al haber alcanzado un nivel de instrucción predominante superior con 52,50% (Tabla 6), estos al llegar a esta etapa de la vida, pueden albergar sentimientos de baja valoración de su participación económica en sus familias generando emociones como tristeza, rechazo, etc. Este aspecto es relevante para la intervención social en la medida que la dinámica familiar del adulto mayor puede verse afectada generando relaciones familiares caracterizadas por incomprensión ante las emociones del adulto mayor, por otro lado, orienta estrategias de intervención para que el adulto mayor se sienta revalorado a partir de sus saberes productivos, tal como promueve el Programa Pensión 65 del Estado Peruano. “Los adultos mayores en el Perú reciben menores sueldos y el 75% de la población se encuentra fuera de la actividad laboral” (INEI, 2012) el encontrarse en esta etapa de su vida quisieran seguir trabajando lo cual está

dentro del Lineamiento de Política de Empleo, Previsión y Seguridad Social de la Ley N° 28803.



TABLA 12

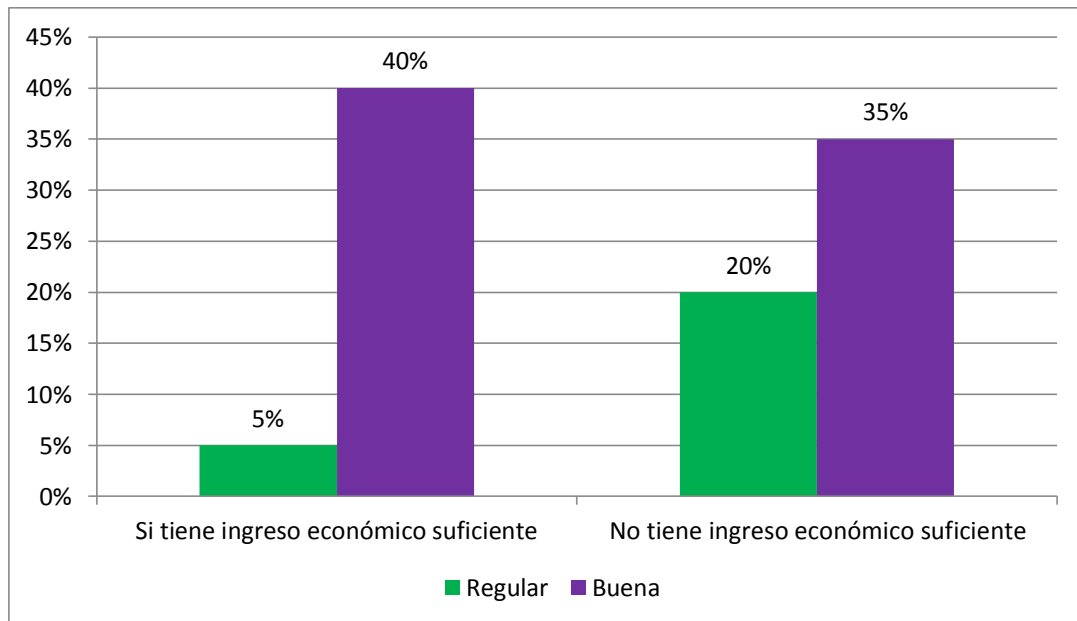
**ASOCIACIÓN ENTRE TENER INGRESO ECONÓMICO SUFICIENTE Y
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE
SALUD YANAHUARA, 2017**

CALIDAD DE VIDA INGRESO ECONÓMICO SUFICIENTE	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sí	2	5,00	16	40,00	18	45,00
No	8	20,00	14	35,00	22	55,00
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

$X^2 = 3,3670$ $p > 0,05$

Gráfico 15. Asociación entre contar con ingreso económico suficiente y la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

Se observa, que el 45% de adultos mayores sí tienen ingreso económico suficiente para sus necesidades, el 55% no lo tiene.

La prueba de chi cuadrado demuestra que el ingreso económico suficiente para sus necesidades no es un factor económico asociado de forma estadísticamente significativa a la calidad de vida del adulto mayor.

Los adultos mayores tienen como cualquier otra persona necesidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales que satisfacer para tener bienestar y calidad de vida. Por otro lado, el concepto de ingresos económicos suficientes no determina si este a su edad sienta una plena satisfacción de sus necesidades básica como vivir en un hogar, alimentación y atención médica, sentirse escuchados, queridos por sus familiares, participar en su entorno, opinar, tomar decisiones; características que son tomadas en cuenta para la intervención del trabajador social con este grupo poblacional.

TABLA 13

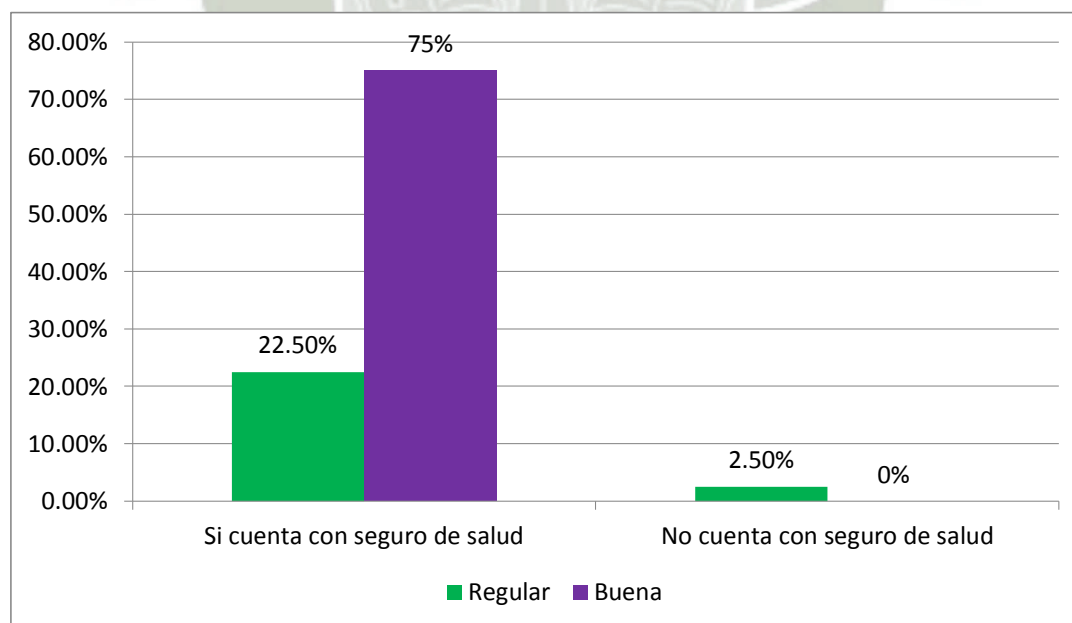
ASOCIACIÓN ENTRE CONTAR CON SEGURO DE SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017

CALIDAD DE VIDA / SEGURO DE SALUD	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Sí	9	22,50	30	75,00	39	97,50
No	1	2,50	0	0,00	1	2,50
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Cuestionario de Factores Familiares aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017.

$X^2 = 3,0769$ $p > 0,05$

Gráfico 16. Asociación entre contar con seguro de salud y la calidad de vida de los adultos mayores



Elaboración propia

Se observa, que el 97,50% de adultos mayores sí cuentan con seguro de salud, siendo el más frecuente el seguro en EsSalud en 75% de casos, el Seguro Integral de Salud (SIS) en 15%, seguro particular en 7,50%. Sólo el 2,50% de adultos mayores no tienen seguro de salud.

La prueba de chi cuadrado demuestra que contar con seguro de salud no es un factor económico asociado de forma estadísticamente significativa a la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento es un proceso por el cual todo ser humano llegará a vivir, donde experimentará una disminución de sus funciones físicas, psicológicas y sociales; se sentirá vulnerable frente a situaciones diversas, de allí que los programas sociales del Estado Peruano en especial desde el área de la salud, promueven los estilos de vida saludable, siendo un requisito indispensable para su acceso a cualquier programa que el adulto mayor tenga un seguro social y se encuentre recibiendo atención médica. De allí que todo adulto mayor en el Perú debe estar registrado en el SIS, siendo esta una de las líneas prioritarias de atención desde los social y que determina la intervención a través de acciones intramurales y extramurales para determinar y detectar la existencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores.

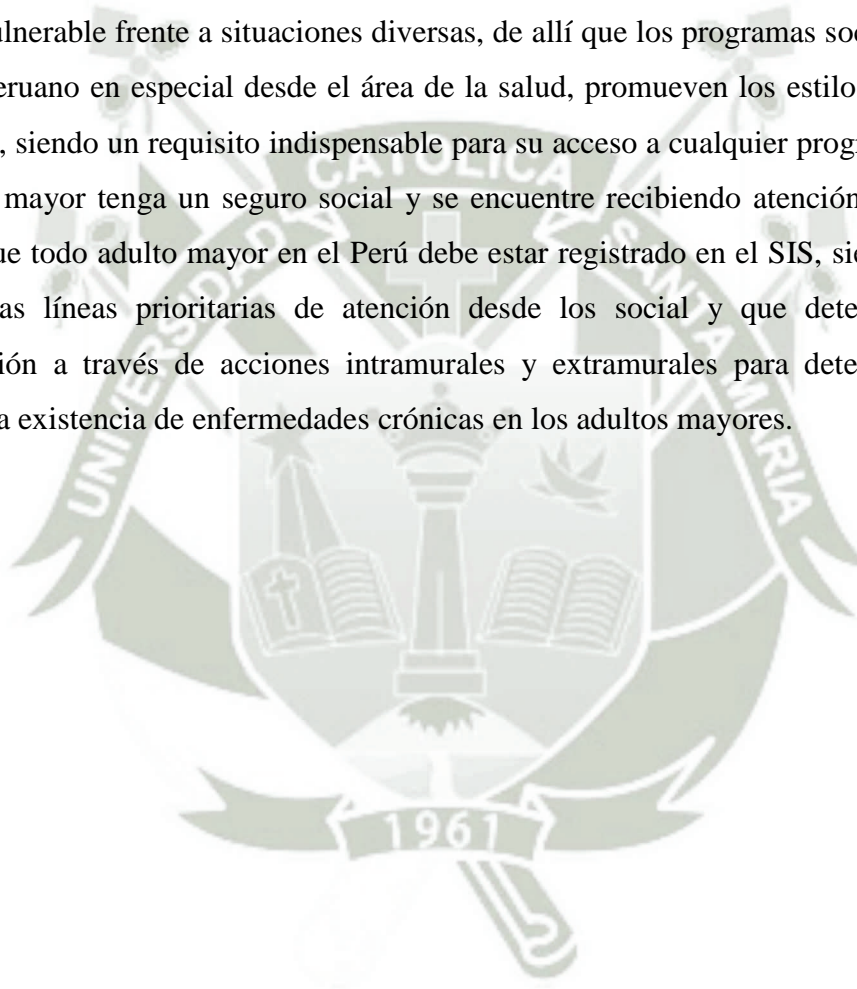


TABLA 14

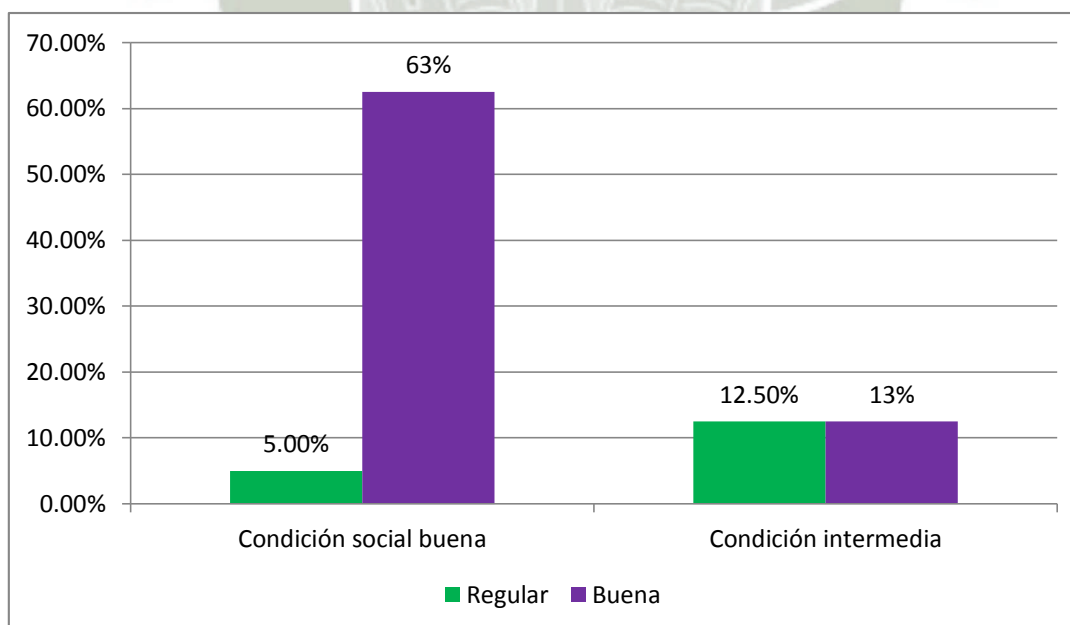
ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDICIÓN SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD YANAHUARA, 2017

CONDICIÓN SOCIAL \ CALIDAD DE VIDA	REGULAR		BUENA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Condición social buena	2	5,00	25	62,50	27	67,50
Condición intermedia	5	12,50	5	12,50	10	25,00
Deterioro social severo	3	7,50	0	0,00	3	7,50
TOTAL	10	25,00	30	75,00	40	100

Fuente: Cuestionario WHOQOL-BREF y Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón Modificada aplicados a los Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, Arequipa 2017

$X^2 = 13,7132$ $p < 0,05$

Gráfico 17. Asociación entre la condición social y la calidad de vida de los adultos mayores

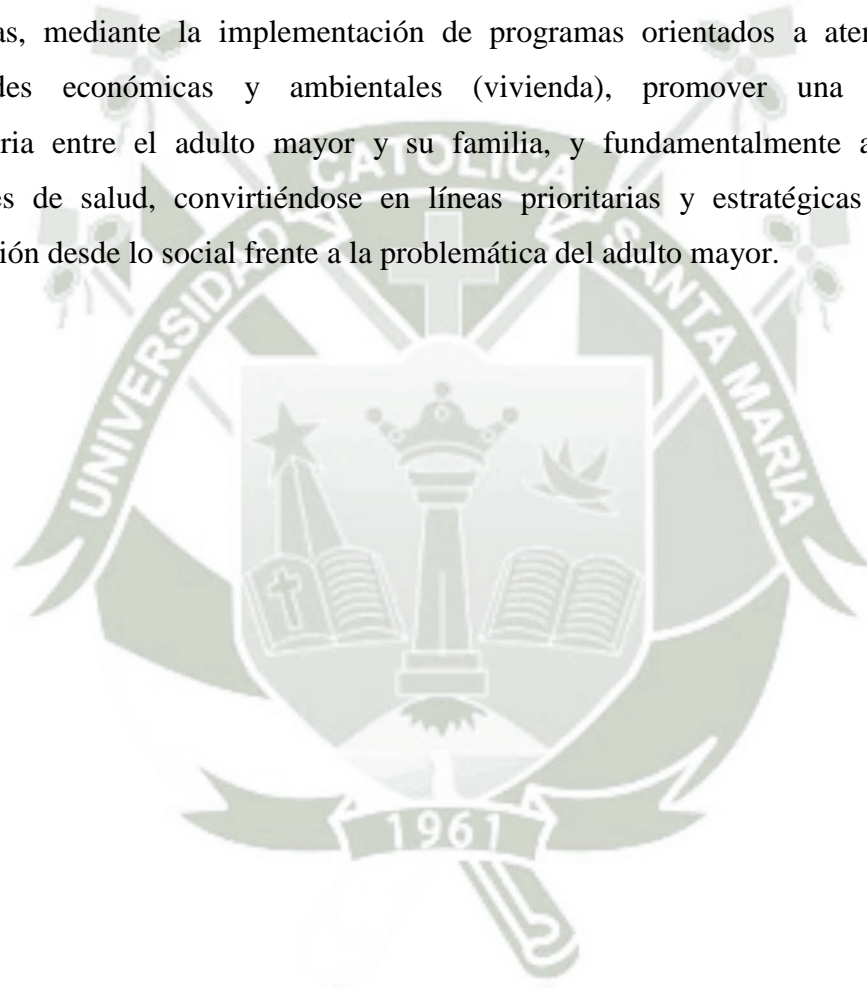


Elaboración propia

Se observa, que el 67,50% de adultos mayores tienen una condición social buena; el 25% presentan condición intermedia y el 7,50% presenta deterioro social severo.

La prueba de chi cuadrado demuestra que la condición social es un factor asociado de forma estadísticamente significativa a la calidad de vida del adulto mayor.

La condición social buena repercute significativamente en la calidad de vida, en la medida que el bienestar actual de los adultos mayores es un asunto de máxima preocupación en la política social; implica otorgarles condiciones que aseguren su pleno desarrollo integral, brindándoles cuidados para que tengan buenas condiciones de salud a través de estilos de vida saludables, cuyas necesidades sigan siendo satisfechas, mediante la implementación de programas orientados a atender sus necesidades económicas y ambientales (vivienda), promover una relación satisfactoria entre el adulto mayor y su familia, y fundamentalmente acceso a atenciones de salud, convirtiéndose en líneas prioritarias y estratégicas para la intervención desde lo social frente a la problemática del adulto mayor.



3. Diagnóstico Social

3.1. Antecedentes

Según documentación revisada, este centro se inaugura en 1985, en el gobierno de Alan García, cuyo jefe del Centro de Salud Yanahuara fue el Dr. Eduardo Ortiz Peralta. Actualmente el jefe del Centro de Salud es el Dr. Richard Velarde Cusirramos.

Después de la conformación de la Micro red la responsabilidad de Promoción de la Salud recae en la T.S. Yudy Paz Ortiz.

3.1.1. Ubicación Geográfica

Actualmente “El Centro de Salud Yanahuara se encuentra ubicado en la Calle Ugarte, esquina con Espinar S/N, Distrito de Yanahuara, Provincia y Departamento de Arequipa, Perú.

Sus límites son: Por el Norte el distrito de Cayma; por el Sur el Distrito de Sachaca; al Este el Distrito de Cercado y por el Oeste los distritos de Cayma y Cerro Colorado.

3.2. Misión y Visión

Misión

Brindar una atención integral de salud a la comunidad con eficiencia, equidad, calidad y calidez. Protegiendo la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos sus pacientes; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales.

La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran

tarea de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. (Centro de Salud Yanahuara, 2015, pág. 5).

Visión

La salud de todas las personas será expresión de un sustantivo desarrollo socio económico, del fortalecimiento de la democracia y de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas. En la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y la familia como unidad básica de la salud y desarrollo de la sociedad, en una cultura de solidaridad, de vida y de salud/ como en el establecimiento de mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud con calidad, integrados en un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud y cumpliendo las políticas y objetivos Nacionales de salud. (Centro de Salud Yanahuara, 2015, pág. 5)

3.3. Objetivos Generales

- Fomentar la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños en el individuo, la familia y la comunidad.
- Garantizar el acceso y la atención integral con servicios de salud adecuados y de calidad bajo criterios de equidad

3.4. Relación Entre la Institución y la Política Social del Sector Salud.

La institución trabaja en base a la política de salud a nivel nacional cumpliendo sus lineamientos y sus directivas en base al MOF MINSA y se encuentra enmarcada dentro de los objetivos de la ley del MINSA.

El Centro de Salud Yanahuara pertenece a la Microred Yanahuara Sachaca, y a su vez pertenece al Ministerio de Salud y es administrado por CLAS Yanahuara.

- **Red de Servicios de Salud:** Red de Salud Arequipa – Caylloma.
- **Unidad ejecutora:** Salud Red Periférica Arequipa.
- **Micro Red:** Yanahuara – Sachaca.
 - Centro de Salud Yanahuara.

- Puesto de Salud de Sachaca.
- Puesto de Salud de Pampa de Camarones.

El Centro de Salud Yanahuara brinda atención en los servicios medicina, enfermería, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, bienestar social, saneamiento ambiental; y cuenta con los servicios de la Unidad de Soporte Administrativo: economía, personal, estadística, logística, SIS, servicios generales y los servicios que brinda la Unidad de Servicio Técnico: laboratorio y farmacia con una atención horario-diurna de 12 horas.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL PERU (DIRESA, 2017)

Los lineamientos de política constituyen el conjunto de principios que determinan la forma en que la autoridad nacional, regional y local de salud lleve a cabo las intervenciones de promoción de la salud en el marco del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud

- Lineamiento 1. Impulsar salud en todas las políticas de estado.
- Lineamiento 2. Fortalecer la articulación intergubernamental e Intersectorial para reducir inequidades y facilitar la inclusión social.
- Lineamiento 3. Fortalecimiento de la Gestión Territorial y Gobernanza.
- Lineamiento 4. Fortalecer la Participación Social en salud.
- Lineamiento 5. Impulsar el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a nivel intersectorial e intergubernamental y la evaluación de su impacto en salud.
- Lineamiento 6. Fortalecer la Estructura Organizacional.

3.5. Estructura Organizacional

Actualmente el “Centro de Salud Yanahuara” maneja una estructura de tipo vertical y cuenta con el siguiente organigrama:

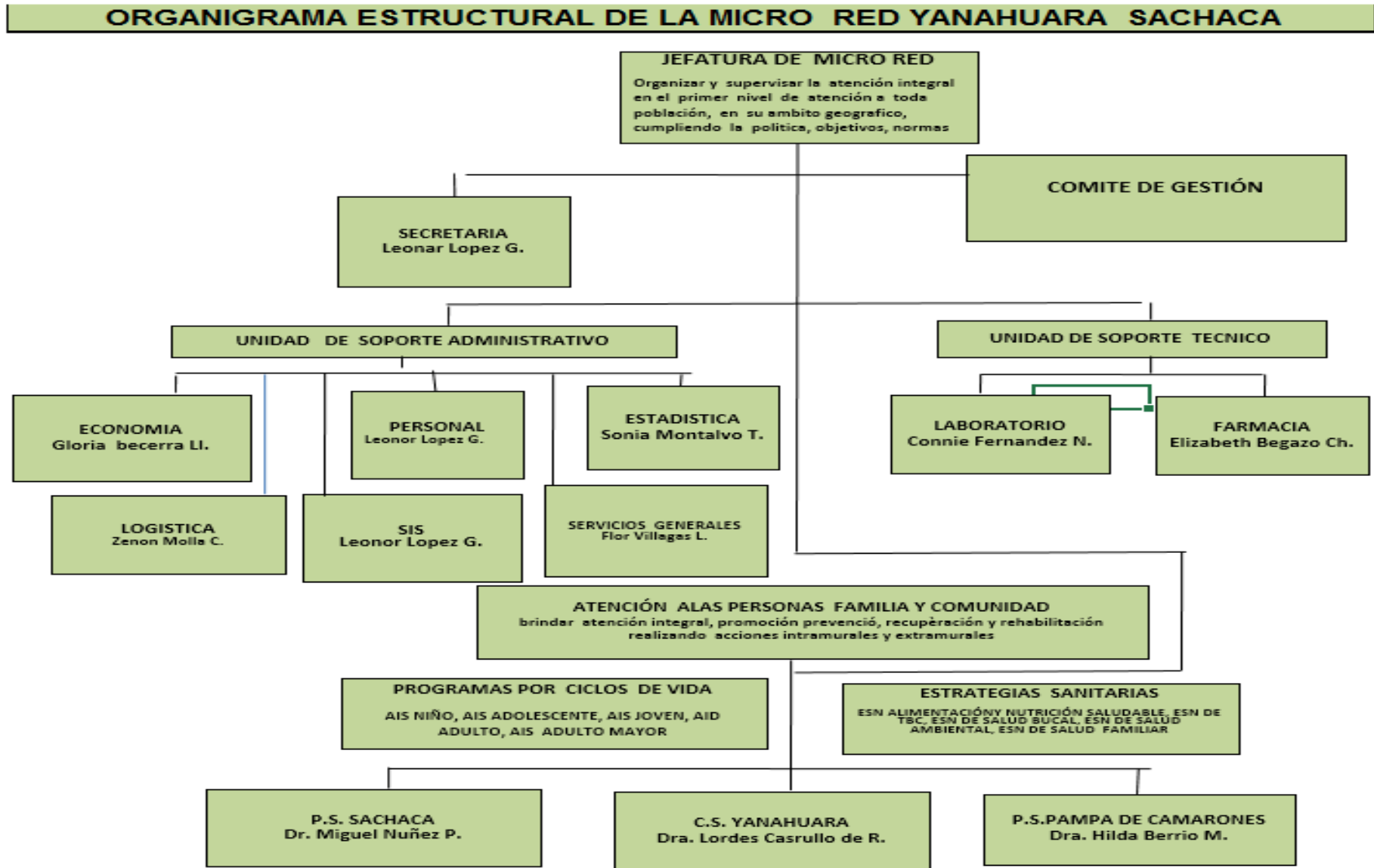


Figura 5. Organigrama Estructural del Centro de Salud Yanahuara

Fuente: (Gobierno Regional, 2016)

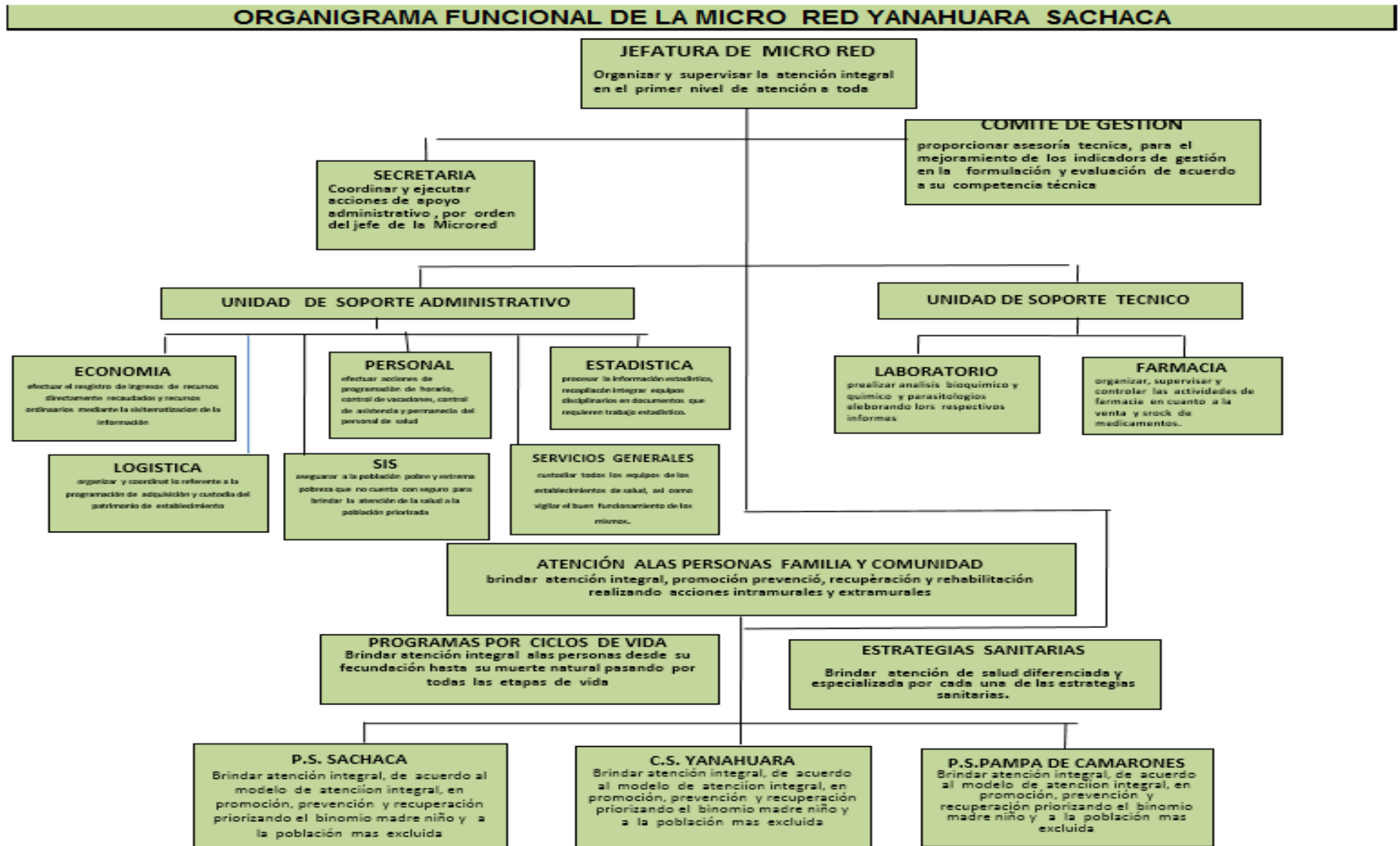


Figura 7. Organigrama Funcional de la Microrred Yanahuara – Sachaca

Fuente: (Gobierno Regional, 2016)

4. Identificación de la Problemática

En el proceso de identificación de la problemática, como resultado del estudio a través de análisis estadístico y análisis de las respuestas obtenidas de las entrevistas se precisó la siguiente problemática:

- Deficientes niveles de relaciones sociales del adulto mayor
- Inadecuadas Relaciones Familiares
- Limitada participación del adulto mayor
- Deficiente demanda laboral, para la mejora económica y familiar al adulto mayor.
- Incremento de enfermedades crónicas en la población del Adulto Mayor.

4.1. Descripción de los Problemas

- **Deficientes niveles de relaciones sociales del adulto mayor**

Esta problemática, hace referencia a las relaciones que el adulto mayor pueda establecer en su entorno social, el mismo que por diversos factores ya sean físicos, psicológicos, sociales o emocionales no logran ser totalmente satisfactorias.

- **Inadecuadas Relaciones Familiares**

Un problema muy frecuente que atraviesan los adultos mayores, es que muchas veces son incomprendidos por algunos miembros del núcleo familiar, debido posiblemente a las brechas generacionales, que hacen que exista escasa comunicación con ellos, las personas más jóvenes como los hijos y nietos, consideran que los abuelos, no están “al día” con los temas actuales o de moda y prácticamente no tienen muchas conversaciones con ellos. También se presentan problemas de aislamiento familiar e incluso situaciones de maltrato que son relativamente frecuentes.

- **Limitada participación del adulto mayor**

Se fundamenta en respuestas obtenidas en las entrevistas que describen esta problemática cuando los adultos mayores señalan “en casa cumplo muchas funciones, tengo que limpiar, regar plantas y a veces cuido a mis nietos...o tengo que cuidar la casa y no puedo salir.

- **Deficiente demanda laboral, para la mejora económica y familiar al adulto mayor**

Los ingresos económicos para un adulto mayor son significativos porque refuerza su autonomía, sin embargo, este grupo tiene expectativa en seguir realizando actividades que le generen ingresos económicos.

- **Incremento de enfermedades crónicas en la población del Adulto Mayor.**

Simultáneamente al envejecimiento, se percibe el aumento de enfermedades crónicas que afectan las capacidades del Adulto Mayor de manera insidiosa y permanente, siendo la principal causa de muerte e incapacidad. Las más comunes son la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y pulmonares obstructivas

5. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención

5.1 Problemas Esenciales

- Deficiente Demanda Laboral, para la mejora económica y familiar al adulto mayor.

5.2 Problemas Fundamentales

- Incremento de enfermedades crónicas en la población del Adulto Mayor.

5.3 Problemas Incidentales

- Inadecuadas Relaciones Familiares.
- Deficientes niveles de relaciones sociales del adulto mayor.

6. Pronóstico

De continuar con esta problemática, la población de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, no podrán mejorar su calidad de vida, ni sus relaciones familiares y sociales, generando un clima de desconfianza, aislamiento, conflictos con la familia, elevando los índices de morbilidad y mortalidad; por lo tanto es importante la intervención a nivel de grupo y comunidad para la sensibilización, mediante capacitaciones, talleres, campañas, entre otros que fomenten a su vez la prevención de enfermedades y de esta manera generar bienestar y calidad de vida a los Adultos Mayores.

7. Problema Objeto De Intervención (POI)

- Inadecuadas Relaciones Familiares
- Deficientes niveles de relaciones sociales del adulto mayor.

Descripción del P.O.I.

El Ministerio de Salud (2015), señaló que la problemática que enfrentan los adultos mayores es compleja, puesto que las situaciones de vida son adversas y los problemas que enfrentan muchos adultos mayores deterioran sus condiciones de vida y evitan que estas personas puedan tener una vejez saludable y satisfactoria.

La familia y amigos son fuente de apoyo para los adultos mayores, consideradas como relaciones primarias, porque se caracterizan por ser íntimas, emocionales, personales y duraderas, facilitando la comunicación sobre diferentes temas.

La familia además es importante en el cuidado de este sector poblacional, considerándose uno de los recursos más importantes, pues son los miembros de la familia los encargados de prestar atención directa a las personas adultas mayores.

El Adulto Mayor que pertenece a la jurisdicción del Centro de Salud de Yanahuara, muchas veces se encuentra en estado de abandono; está claro que los problemas de salud se incrementan en esta etapa, por lo que se necesita reforzar la atención médica y psicosocial de este segmento poblacional, que permita alcanzar una mayor calidad de vida, lo que se sustenta en las observaciones personales, pero también en los resultados de un estudio realizado por Aguilar (2015) quien reporta que la satisfacción de la vida en familia es baja, pues según los resultados la mayoría de ellas son Dispersas – Separadas, caracterizadas por la presencia de límites rígidos, donde cada individuo vive en el ámbito familiar casi de manera aislada, tienen poco

en común y no comparten tiempo entre sus integrantes, además existen marcadas brechas intergeneracionales, eventualmente pueden tomar decisiones en conjunto, y los adultos mayores que conviven en los hogares son desatendidos por los adultos responsables del hogar.

Actualmente los adultos mayores hacen frente a cambios de roles y condiciones de pobreza y abandono social por parte de amigos y familiares. Motivo por el cual, para los Trabajadores Sociales, es necesario analizar los factores familiares y sociales que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, conociendo de cerca las condiciones en que viven y con ello preocuparnos no solo por hacer llevadera la vida de estas personas, sino crear una cultura a fin de lograr una vejez digna.

8. Recursos

Materiales

- Los costos son asumidos por el EE.SS.
- Auditorio del centro de Salud Yanahuara

Humanos

- Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud Yanahuara
- Encargada de Promoción de la Salud.
- Agentes Comunitarios de Salud.
- Comunidad.

Institucionales:

- Municipalidad de Yanahuara
- Establecimientos de Salud
- Gubernatura
- Comisarias
- Parroquia

9. Análisis FODA del Grupo de Adultos Mayores

“Amigos de la Eterna Juventud”

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado. • Atención basada en valores. • Sus experiencias de vida representan un aporte a la sociedad • Disfrutan de los talleres. • Son participativos y demuestran su interés en cada sesión educativa • La existencia del club ayuda a la población adulta mayor más vulnerable del sector. • Plan de trabajo, objetivos y metas definidas. • Campañas de Promoción de la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al Sector Salud de parte de las Municipalidades. • Coordinación con las organizaciones públicas, privadas, Organizaciones sociales de Base, Agentes Comunitarios de los distritos. • Existencia de Programas Sociales. • Coordinación permanente con el equipo multidisciplinario. • Apoyo y compromiso de los jefes de los Establecimientos de Salud.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente apoyo financiero para los programas y servicios. • Ubicación Inadecuada del Centro de Salud (Solo una línea de transporte público). • Inadecuada infraestructura. • Capacidad Resolutiva Limitada en el personal del C.S. • Falta de fuentes de trabajo, para la mejora económica y familiar al adulto mayor. • Deficientes niveles de relaciones sociales en el Adulto Mayor. • Falta de atención y comunicación con los familiares. • Limitada Participación del usuario • Familias Disfuncionales • Incremento de enfermedades crónicas y respiratorias en la población del Adulto Mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empobrecimiento d este sector poblacional • Incremento en el índice de dependencia. • Desconocimiento de la existencia de este Club, lo que provoca que personas adultas mayores sigan sin apoyo y/o en estado de abandono. • Incremento del Costo de vida (alimentación, medicamentos)










Fuente: Elaboración propia

10. Modelo CANVAS del Centro de Salud

Diseñado para la compañía: Centro de Salud Yanahuara

Diseñado por: Las Graduandos

Fecha

<p>ALIANZAS CLAVE</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Colaboradores. • Médicos especialistas • proveedores de recursos financieros 	<p>ACTIVIDADES CLAVES</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Charlas, talleres, campañas y capacitaciones a pacientes. • Capacitación a colaboradores sobre clima laboral. • Generar Conciencia y demanda en los usuarios en la prevención de enfermedades 	<p>PROPUESTA DE VALOR</p>  <p>Brindar a los pacientes servicios de salud óptimos, orientados a contribuir a la mejora de su calidad de vida a través de un equipo multidisciplinario capacitado que pueda atender las necesidades del usuario.</p>	<p>RELACIÓN CON CLIENTES</p>  <p>Se realiza una atención personalizada con cada paciente que favorezca el relacionamiento y se sigue una lista para la atención. Cada paciente es llamado por señor o señora según sea el caso, título que se antepone al nombre y apellido. Si el paciente desea o requiere puede ser acompañado por familiares. La relación con el paciente se basa en la búsqueda de una adecuada relación el paciente, siendo la relación con las personas el factor dominante</p>	<p>SEGMENTO DE CLIENTES</p>  <p>Todo tipo de personas especialmente de clase B y C, con escasos ingresos económicos que residen en la jurisdicción del Distrito de Yanahuara.</p>
<p>RECURSOS CLAVES</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Físicos: infraestructura, muebles • Humano: personal calificado con experiencia. • Tecnológico: computadoras, internet 		<p>CANALES</p>  <p>Se hace uso del canal directo, canal más importante por el que se establecen relaciones. Publicidad: afiches y folletos Campañas de promoción y prevención El contacto se realiza de forma personal y las</p>		
<p>ESTRUCTURA DE COSTOS</p>  <p>En cuanto a la estructura de costos, estos los dividimos en costes variables y costos fijos. Dentro de los costos fijos podemos encontrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros: la luz, el agua, internet y teléfono fijo. • Gastos de personal: Salarios. • Servicios: limpieza. • Inmovilizado: insumos. <p>Dentro de los costos variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparaciones de máquinas. • Otros gastos administrativos. 			<p>INGRESOS</p>  <p>Los ingresos se producen por la prestación de servicios enumerados a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado • Laboratorio • Consulta externa • Urgencias 	

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

Con el análisis de la información obtenida mediante las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos se presenta la siguiente propuesta de trabajo que consta de dos proyectos para elevar la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Yanahuara para lo cual se incluirá a la familia.

PROYECTO N°1

“FORTALECIENDO MI FAMILIA”

1. FUNDAMENTACIÓN

Vivimos en una sociedad que no está preparada para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona entrada en años representa una carga para la familia y la sociedad.

El adulto mayor en la familia mantiene relaciones de afecto, parentalidad, comunicación. El proceso de envejecimiento cambia el rol del individuo en el seno familiar; las relaciones familiares cambian porque generalmente el adulto mayor ya no vive con sus hijos y nietos, entonces se modifican las estructuras familiares, cuando aparecen los problemas de salud y el adulto mayor se va haciendo más dependiente, las relaciones con la familia se invierten porque pasa a ser de una persona que ayuda a una persona que necesita recibirla, de cuidar a ser cuidado, entonces su rol va cambiando De allí que es importante brindar una imagen positiva del envejecimiento desde la perspectiva de sus derechos a una vejez digna y con los conocimientos y técnicas adecuadas de comunicación ellos se harán respetar asimismo ante la familia y la sociedad para que no sean vulnerados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Fortalecer el clima social familiar para elevar la calidad de vida del adulto mayor con su familia

2.2. Objetivos Específicos

- Brindar conocimientos sobre el proceso de envejecer, sus obligaciones para resaltar la importancia de la participación activa de la familia.
- Promover el buen clima social familiar para la integración familiar del adulto mayor mediante técnicas de comunicación y socialización.

3. ESTRATEGIAS

- Explicar el proyecto de organización y participación a la institución
- Gestionar recursos necesarios con la Municipalidad de Yanahuara para la ejecución del proyecto.
- Coordinar con el equipo de promoción de la salud del Centro de Salud Yanahuara para establecer un cronograma de sesiones y talleres.
- Las reuniones con miembros de la familia serán divididas para su atención en grupos etarios para las jornadas de capacitación
- Ofrecer inicialmente talleres vocacionales de diferentes oficios para que descubran y fortalezcan sus capacidades, estos talleres serán propuestos por los adultos mayores para que puedan apropiarse y sentirse parte de ellas.

4. META

Lograr la participación del 100% de los adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara.

5. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES

5.1. Acciones de Coordinación

El Centro de Salud Yanahuara para el año 2017 ha programado trabajar con el Programa del Adulto Mayor con quien se coordinará para trabajar en la ejecución del proyecto.

- a. Explicar el proyecto de organización y participación
- b. Coordinar con el equipo de promoción de la salud del centro de Salud Yanahuara para establecer un cronograma de sesiones y talleres.
- c. Se les recordará la fecha, hora y lugar en donde se llevará a cabo la reunión para la asistencia a la sesión educativa.

5.2. Acciones de Motivación

- a. Sensibilización a las autoridades del centro de salud, líderes del grupo y otros actores sociales en el proceso de implementación del proyecto.
- b. Se motiva a través de afiches, dando a conocer el proyecto a realizarse e incentivando a los adultos mayores para que participen.
- c. Se motiva a través de visitas domiciliarias y entrevistas personales, para que participen en las acciones del proyecto, centrándose en sus emociones.
- d. Compartir con el Adulto Mayor las expectativas sobre el proyecto

5.3. Acciones de organización

- a. Responsable de la organización, planificación y evaluación de todo el proceso de implementación del proyecto definiéndose responsabilidades en cada uno de los integrantes. De existir un inconveniente se adecuará la incorporación de nuevas responsabilidades.
- b. Gestionar el ambiente para el desarrollo de las sesiones educativas y su respectiva ambientación.
- c. Determinar el día y la hora que se realizarán las acciones programadas en el grupo.
- d. Diseñar y planificar cada sesión educativa.

- e. Elaborar el material de capacitación para las sesiones educativas y talleres prácticos.
- f. Establecer reuniones familiares denominadas convivios familiares, donde se les dará la oportunidad a los adultos mayores de compartir de forma saludable y segura con su familia, para esto se tendrá que salir a zonas de recreación previamente establecidas con las personas atendidas.

5.4. Acciones de Capacitación

- La capacitación se realizará por medio de sesiones educativas y análisis crítico.
- La capacitación se realizará a los participantes que asistan a las reuniones
- Aplicación de técnicas grupales.
- Desarrollo de sesiones educativas sobre:
 - Nuestro tiempo en familia
 - Relaciones Familiares
 - Empatía
 - Meditación
 - Talleres de sensibilización

5.5. Acciones de Evaluación

Se aplica en todo el proceso de implementación del proyecto, mediante el uso de instrumentos e indicadores cuantitativos y cualitativos de proceso y de resultado para conocer los avances, factores que facilitan y/o limitan la ejecución del proyecto.

6. TÉCNICAS

- a) Técnicas de motivación:
Afiches, visitas domiciliarias, invitaciones, material audiovisual, imágenes llamativas.
- b) Técnicas de participación
Dinámicas grupales: cuento dramatizado y sociodrama.

c) Técnicas de evaluación

- Instrumentos e indicadores cuantitativos y cualitativos de proceso y de resultado para conocer los avances, factores que facilitan y/o limitan la ejecución del proyecto.
- La evaluación de la sesión educativa se realizará lanzando preguntas relacionadas al tema expuesto en la sesión, cuyas respuestas indicaran el grado de captación y si el objetivo fue alcanzado.

7. RECURSOS

7.1 MATERIALES

- Auditorio del Centro de Salud Yanahuara
- Recursos Propios
- Filmadora
- Grabadora de Voz
- Instrumentos (Cuestionarios, entrevistas, etc.)

7.2 HUMANOS

- Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud Yanahuara.
- Encargada del Grupo del Adulto Mayor (Servicio de Psicología).
- Adultos Mayores

7.3 INSTITUCIONALES

- Municipalidad
- Establecimientos de Salud

8. RESPONSABLE

- Aporte de la Institución
- Investigadoras

9. CRONOGRAMA

Se desarrollará en dos sesiones mensuales de 45 minutos durante cuatro meses.

PROYECTO N°2 “ALEGRÍA DE VIVIR”

1. FUNDAMENTACIÓN

El auto conocimiento de los emociones y el desarrollo de habilidades sociales contribuyen a relaciones interpersonales adecuadas, facilitando la resolución armoniosa y de inmediato los problemas surgidos en una situación determinada minimizando la probabilidad de futuros problemas expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones de un modo asertivo.

El presente proyecto se realiza para dar tratamiento y mejorar el control de emociones de los adultos mayores del Centro de Salud Yanahuara y busca que este sector poblacional mejore su calidad de vida, a través de las actividades físico-recreativas, satisfaciendo sus necesidades espirituales, intereses, gustos y preferencias que permita un elevado bienestar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Promover la participación de los adultos mayores en actividades físico-recreativas que contribuyan a promover la autonomía, independencia y el mejoramiento de sus relaciones sociales.

2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer el conocimiento de las emociones y las habilidades sociales del adulto mayor a través de actividades físicas y recreativas.
- Promover la integración del grupo del adulto mayor a través de la mejora de las relaciones interpersonales.

3. ESTRATEGIAS

- Explicar el proyecto de organización y participación a la institución

- Gestionar recursos necesarios con la Municipalidad de Yanahuara para la ejecución del proyecto.
- Coordinar con el equipo de promoción de la salud del Centro de Salud Yanahuara para establecer un cronograma de sesiones y talleres.
- Coordinar con el Adulto Mayor sobre temas de su interés.

4. META

Lograr la participación del 100% de los adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara.

5. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES

5.1 Acciones de Coordinación

- a. Explicar el proyecto de organización y participación
- b. Coordinar con el equipo de promoción de la salud del centro de Salud Yanahuara para establecer un cronograma de sesiones y talleres.
- c. Se les recordará la fecha, hora y lugar en donde se llevará a cabo la reunión para la asistencia a la sesión educativa.

5.2 Acciones de Motivación

- a. Sensibilización a las autoridades del centro de salud, líderes del grupo y otros actores sociales en el proceso de implementación del proyecto.
- b. Se motivará a través de afiches, dando a conocer el proyecto a realizarse e incentivando a los adultos mayores para que participen.
- c. Se motivará a través de visitas domiciliarias y entrevistas personales, para que participen en las acciones del proyecto.
- d. Se realizará exposiciones sobre temas de interés para el Adulto Mayor, como son los Juegos Recreativos y Salud.

5.3 Acciones de organización

- a. Responsable de la organización, planificación y evaluación de todo el proceso de implementación del proyecto definiéndose responsabilidades en cada uno de los integrantes. De existir un inconveniente se adecuará la incorporación de nuevas responsabilidades.
- b. Determinar el día y la hora que se realizarán las acciones programadas en el grupo

5.4 Acciones de Capacitación

- a. La capacitación se realizará por medio de sesiones educativas y talleres.
- b. La capacitación se realizará a los participantes que asistan a las reuniones
- c. Aplicación de técnicas grupales.
- d. Desarrollo de talleres:
 - Importancia de la Actividad Física
 - Juego Recreativo: El Restaurant
 - Elaboración de manualidades
 - Caminata y taller de Yoga.

5.5 Acciones de Evaluación

Se aplica en todo el proceso de implementación del proyecto, mediante el uso de instrumentos e indicadores cuantitativos y cualitativos de proceso y de resultado para conocer los avances, factores que facilitan y/o limitan la ejecución.

6 TÉCNICAS

- a) Técnicas de motivación:
 - a. Afiches, visitas domiciliarias, invitaciones, material audiovisual, imágenes llamativas.
 - b. Fomentar la socialización en el Adulto Mayor para que puedan relacionarse con sus compañeros mediante la realización de ejercicios.
 - c. Mostrar interés y preocupación por la actividad física en el Adulto Mayor mediante la técnica de preguntas y respuesta

b) Técnicas de participación

a. Dinámicas grupales:

- Socialización
- Juegos y Actividades recreativas.
- Mesa Redonda.

c) Técnicas de evaluación

- Instrumentos e indicadores cuantitativos y cualitativos de proceso y de resultado para conocer los avances, factores que facilitan y/o limitan la ejecución del proyecto.
- La evaluación de la sesión educativa se realizará lanzando preguntas relacionadas al tema expuesto en la sesión, cuyas respuestas indicaran el grado de captación y si el objetivo fue alcanzado.
- Encuestas y cuestionarios

7 RECURSOS

7.1 MATERIALES

- Auditorio del Centro de Salud Yanahuara
- Recursos Propios
- Filmadora
- Grabadora de Voz
- Instrumentos (Cuestionarios, entrevistas, etc.)

7.2 HUMANOS

- Equipo Multidisciplinario del Centro de Salud Yanahuara.
- Encargada del Grupo del Adulto Mayor (Servicio de Psicología).
- Adultos Mayores

7.3 INSTITUCIONALES

- Municipalidad
- Establecimientos de Salud

8 RESPONSABLE

- Aporte de la Institución
- Graduandos

9 CRONOGRAMA

Se desarrollará en dos sesiones mensuales de 45 minutos durante cuatro meses.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El factor familiar que se asocia de forma significativa a la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara, es el apoyo familiar.
- SEGUNDA:** Los factores sociales que están asociados de forma significativa a la calidad de vida de los adultos mayores son el tener ingresos económicos propios y la condición social.
- TERCERA:** La calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Yanahuara es bueno en el 75% de casos. Este aspecto está relacionado a las características de la población que habita en el distrito y a los programas que a través de las políticas sociales implementa acciones para el bienestar y calidad de vida del adulto mayor.
- La calidad de vida en la dimensión de salud física es buena, en la dimensión de salud psicológica es regular, en las dimensiones de relaciones sociales y ambiente es buena.
- CUARTA:** De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que las actividades que se realizan en el Centro de Salud de Yanahuara para atender a los adultos mayores debe ser continua y reforzada, logrando así que se mejore la intervención social con este grupo poblacional dirigido a la mejora de su condición de salud, calidad de vida y condición social.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la Dirección del Centro de Salud Yanahuara, se sugiere tomar en cuenta los resultados de la presente investigación, a efectos de que se pueda realizar coordinaciones con el equipo multidisciplinario que atiende a los adultos mayores para mejorar la planificación de funciones de cada profesional y así, poder optimizar la actuación y desempeño de los trabajadores sociales.
- SEGUNDA:** A los trabajadores sociales que laboran en el Centro de Salud Yanahuara, se sugiere poner más énfasis en la atención integral a los adultos mayores, retomar la realización de visitas domiciliarias, realizar seguimiento a las personas que presentan deficiencias en la condición social o calidad de vida, así como implementar actividades de educación y promoción de la salud y del envejecimiento saludable.
- TERCERA:** A los trabajadores sociales que laboran en el Centro de Salud Yanahuara, se sugiere poner en práctica las actividades sugeridas en la propuesta de intervención a efectos de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores del distrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso V. y Schalock, L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
- Apaza K. (2017). Factores asociados al síndrome de fragilidad del adulto mayor del “Centro del Adulto Mayor Santa Rosa”. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Arequipa 2017. Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Arequipa.
- Aponte V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.
- Ardila S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1), 114-125.
- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Venezuela: Ed. Episteme.
- Arnett J. (2012). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. 4ta edición. México: Pearson Prentice Hall.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos. La familia. Conceptos y evolución del concepto*.
- Barraza A. y Castillo M. (2006). *El envejecimiento. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Universidad Austral de Chile.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. Colombia: Pearson.
- Calò E. (2009). *Matrimonio à la carte: Matrimoni, convivenze registrate e divorzi dopo l'intervento comunitario*. Milano: Giuffrè.
- Carbonell J., Carbonell M. y González N. (2012). *Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho*. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas. Serie: Estudios Jurídicos, Núm. 205. Coordinadora México. Editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos.
- Castells. P. (2013). Queridos Abuelos. Barcelona: Planeta.

- Centro de Salud Yanahuara. (2015). *Plan de Salud Local del Centro de Salud Yanahuara 2015*. Arequipa: Centro de Salud Yanahuara.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011), *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación*. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Cifuentes, M., & Camelo, A. (2006). Aportes para la fundamentación de la Intervención Profesional en Trabajo Social. *Revista Tendencia & Retos* N° 11, 169 - 187.
- Corujo E. y Pérez D. (2011). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. Obtenido de: www.segg.es/download.asp. Fecha de consulta: 15 - 9- 17.
- Delgado P. y Salcedo T. (2010). Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *La Sociología en sus escenarios*, (17). 33 - 36.
- De Pina R. (2011). *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa.
- DIRESA. (07 de 07 de 2017). *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú*. Obtenido de DIRESA: http://www.diresalima.gob.pe/diresa/promocion_salud . Fecha de Consulta: 15-9-17
- Dongo A. (2009). Significado de los factores sociales y culturales en el desarrollo colectivo. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*, Vol. 12 - N.º 2: 227 - 237.
- Durán M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.
- Engels, F (2011). *El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado*. Editorial Colofón S.A. de C.V. México D.F. Reimpresión.
- Espinosa R. (2009). *Panorama de las relaciones familiares en la época actual*. En Murueta, M. y Osorio, M. (comps.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI.
- Fernández N. (2008). Calidad de vida y bienestar de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 14 - 17.
- Gobierno Regional. (27 de 04 de 2016). *Manual de Organización y Funciones de la Microrred de Salud Yanahuara*. Arequipa: Gerencia Regional de Salud. Obtenido de <http://www.saludarequipa.gob.pe/mof>
- Hernández et al. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. McGraw - Hill.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2011). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050*. Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Situación de la Población Adulta Mayor. Octubre - Noviembre - Diciembre 2013*. Obtenido de: <http://www.inei.gob.pe/media>. Fecha de consulta: 15 – 9 – 17.
- Lazarus R, Folkman S. (1996). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca, Barcelona.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 18(4):287-9. Cuba.
- Márquez G., Loret C., Bernabé A., Smeeth L., Gilman R. y Miranda J. (2011). Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 28(1): 35-41.
- Martín A., Cano, J. (2005). *Compendio de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Editorial Interamericana. España.
- Minayo C., Hartz Z. y Buss, P. (2007). Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Colectiva. ABRASCO*; 5 (1), 7-18.
- Ministerio de Salud. (2015).
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017*. Lima.
- Mishel M. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness. Theory. *Journal of Nursing Scholarship*; 22 (4): 256-257.
- Oliva E. y Villa V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, Vol. 10. N° 1: 11-20.
- ONG Opción. (2013). *La Familia Aspectos Médicos y psicosociales*. 2da edición. Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *IV Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud*. Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *El Adulto Mayor*. Capítulo 1. Obtenido de: <http://catarina.udlap.mx/u>. Fecha de consulta: 16 – 9 – 17.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Glosario de Términos*. Ginebra.
- Pochintesta, P. (2015). XI Jornadas de Sociología. La transición a la viudez en el envejecimiento. Un análisis de las estrategias de supervivencia y la organización de

la vida cotidiana. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Rondón, L. (2011). *Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares*. XI Congreso Internacional de Mediación y Conflictología. Cambios sociales y perspectivas para el siglo XXI. Sevilla: UNIA.

Salado L. (2014). *La fragilidad en el anciano*. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”. Universidad de Cantabria. 2014.

Serrano J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. España.

The WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.

Tuesca R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21 (2): 220 – 224.

Varela L. (2003). *Geriatría primera parte. Valoración geriátrica integral*. Diagnóstico;42 (2).

Velandia, A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida*. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Vivaldi F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

WHOQOL-Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*; 28(3): 551-8.



ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE FACTORES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES

1. Características generales

Edad..... Sexo Masculino Femenino

Nivel de instrucción: Ninguno Primaria Secundaria Superior

Procedencia.....

2. Factores familiares

Estado civil Soltero Casado Conviviente Viudo Separado

Tipo de familia con la que vive: Nuclear Compuesta

Monoparental Mixta Comunal

Número de miembros de la familia.....

Cómo considera el apoyo que usted recibe de su familia:

Bajo Moderado Alto

3. Factores sociales

¿Cuenta con ingreso económico propio? Si No

¿El ingreso económico que tiene es suficiente para sus necesidades?

Si No

¿Cuenta con servicio de salud? No tiene ninguno EsSalud SIS

Otros.....

ANEXO 2

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN MODIFICADA PARA EVALUAR LA CONDICIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Situación familiar

1. () Vive con pareja y/o familia sin conflicto.
2. () Vive con pareja de similar edad.
3. () Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.
4. () Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.
5. () Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.

Relaciones y contactos sociales

1. () Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
2. () Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. () Sólo se relaciona con familia, sale de casa.
4. () No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).
5. () No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).

Apoyos red social

1. () No necesita ningún apoyo.
2. () Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. () Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).
4. () Tiene soporte social pero es insuficiente.
5. () No tiene ningún soporte social y lo necesita.

Puntaje:.....

< 7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).

8-9 puntos: situación intermedia.

> 10 puntos: deterioro social severo (alto riesgo institucionalización).

ANEXO 3

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Muy mal (1)	Poco (2)	Lo normal (3)	Bastante bien (4)	Muy bien (5)
2. ¿Cuán satisfecho está usted con su salud?	Muy insatisfecho (1)	Poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)

ocio?					
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada (1)	Un poco (2)	Moderado (3)	Bastante (4)	Totalmente (5)
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.					
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	Nada (1)	Un poco (2)	Lo normal (3)	Bastante satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.					
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	Nunca (1)	Raramente (2)	Medianamente (3)	Frecuentemente (4)	Siempre (5)

GRACIAS



REGISTRO FOTOGRAFÍCO



FOTO 1

FECHA: 23 de agosto

HORA: 10:00



DESCRIPCIÓN:

Bachilleres en Trabajo Social Viviana Geraldine Rozas Latorre y Rosangela Apaza Espinoza, participando de las Actividades del Grupo de Adulto Mayor “Amigos de la Eterna Juventud” del Centro de Salud Yanahuara

FOTO 2

FECHA: 15 de junio

HORA: 12.05 pm



DESCRIPCIÓN:

Bachiller Viviana Geraldine Rozas Latorre, participando de actividades físico recreativas con los integrantes del Grupo de Adulto Mayor “Amigos de la Eterna Juventud”, del Centro de Salud Yanahuara; de esta manera motivarlos y aplicar el Cuestionario de Factores Familiares de forma voluntaria.

FOTO 3

FECHA: 25 de agosto

HORA: 11:00 am



DESCRIPCIÓN:

Bachiller Rosangela Apaza Espinoza, aplicando el Cuestionario WHOQOL-BREF y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón Modificada para evaluar la Condición Social del Adulto Mayor a la integrante del Grupo de Adulto Mayor “Amigos de la Eterna Juventud” del Centro de Salud Yanahuara

FOTO 4

FECHA: 16 de diciembre

HORA: 10:00 am



DESCRIPCIÓN:

Bachilleres Viviana Geraldine Rozas Latorre y Rosangela Apaza Espinoza, participando de actividades con los integrantes del Grupo de Adulto Mayor “Amigos de la Eterna Juventud”, del Centro de Salud Yanahuara, para agradecerles por su participación en la investigación realizada.