

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB “CORAZÓN DE JESÚS”. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2014

Tesis presentado por las Bachilleres:

*CANAZAS GUTIERREZ, KATHERINE MARGOT
CARBAJAL PINTO, ADA BEATRIZ*

Para optar el Título de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2015**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB “CORAZÓN DE JESÚS”. CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2014**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Noviembre del 2015

Canazas Gutierrez, Katherine Margot

Carbajal Pinto, Ada Beatriz

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N° 0129 – DFENF- 2014 / N° 14036419

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

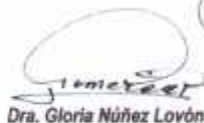
DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : **Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:**
**"LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
CLUB "CORAZÓN DE JESUS". CENTRO D E SALUD DE ALTO
SELVA ALEGRE, AREQUIPA, 2014"**

FECHA : 05 de octubre del 2015

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el borrador de tesis presentado por las señoras **KATHERINE MARGOT, CANAZAS GUTIÉRREZ Y ADA BEATRÍZ, CARBAJAL PINTO**; quienes levantaron satisfactoriamente las observaciones realizadas al estudio; este jurado dictamina que procede la fase de sustentación.


Dra. Sonia Núñez Chávez


Dra. Gloria Núñez Lovón


Dra. Susana Díaz de Bellido

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Nuñez Chavez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**
LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB "CORAZÓN DE JESÚS". CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2014

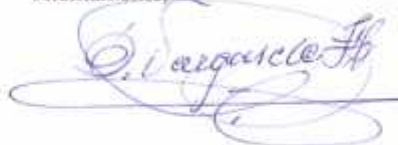
AUTORAS : *KATHERINE MARGOT CANAZAS GUTIERREZ*
ADA BEATRIZ CARBAJAL PINTO

FECHA : Arequipa, 13 de Julio del 2015

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Marzo a Agosto del 2015, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Dominga Vargas de Flores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N° 0129 - DFENF-2014 / Expediente N° 14036419

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : *Doctora Esberthy Rodríguez Ísmodes*
Decana (E) de la Facultad de Enfermería

DE : *Jurado Dictaminador*

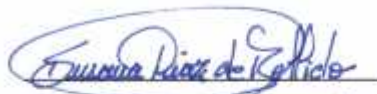
ASUNTO : *Dictamen de Proyecto de Tesis Títulado:*
"LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
"CORAZÓN DE JESÚS". CENTRO DE SALUD DE ALTO SELVA ALEGRE
AREQUIPA 2014"

FECHA : *19 de abril, 2015*

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el proyecto de tesis presentado por las señoritas: KATHERINE MARGOT, CANAZAS GUTIÉRREZ Y ADA BEATRÍZ, CARBAJAL PINTO; se aprueba el proyecto y pasa a la fase de ejecución.



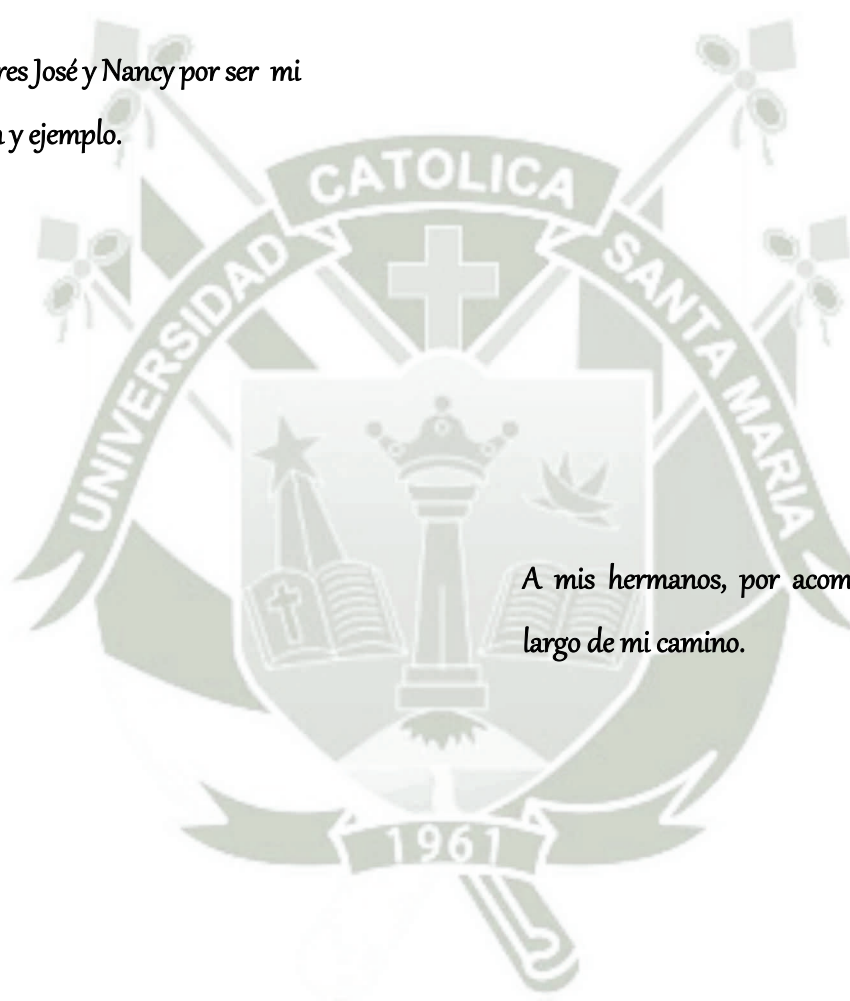
Dra. Soñía Núñez Chávez



Dra. Susana Díaz de Bellido

A DIOS porque me diste la oportunidad de vivir y estás conmigo en todo momento


*A mis padres José y Nancy por ser mi
motivación y ejemplo.*



*A mis hermanos, por acompañarme a lo
largo de mi camino.*

ADA

A DIOS, por las innumerables gracias recibidas

*A mis padres Juan  y Julia
por su amor y apoyo.*



*A mis hermanos, gracias por su ayuda con
todo mi amor*

KATHERINE

ÍNDICE

INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	14
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	14
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
a. Campo, Área y Línea	14
b. Análisis de Variables	14
c. Interrogantes Básicas	15
d. Tipo y Nivel de problema	15
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	16
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO	17
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	35
5. HIPÓTESIS	36

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	37
CAMPO DE VERIFICACIÓN	37
2.1. Ubicación Espacial	37
2.2. Ubicación Temporal	37
2.3. Unidades de Estudio	38
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39

CAPITULO III

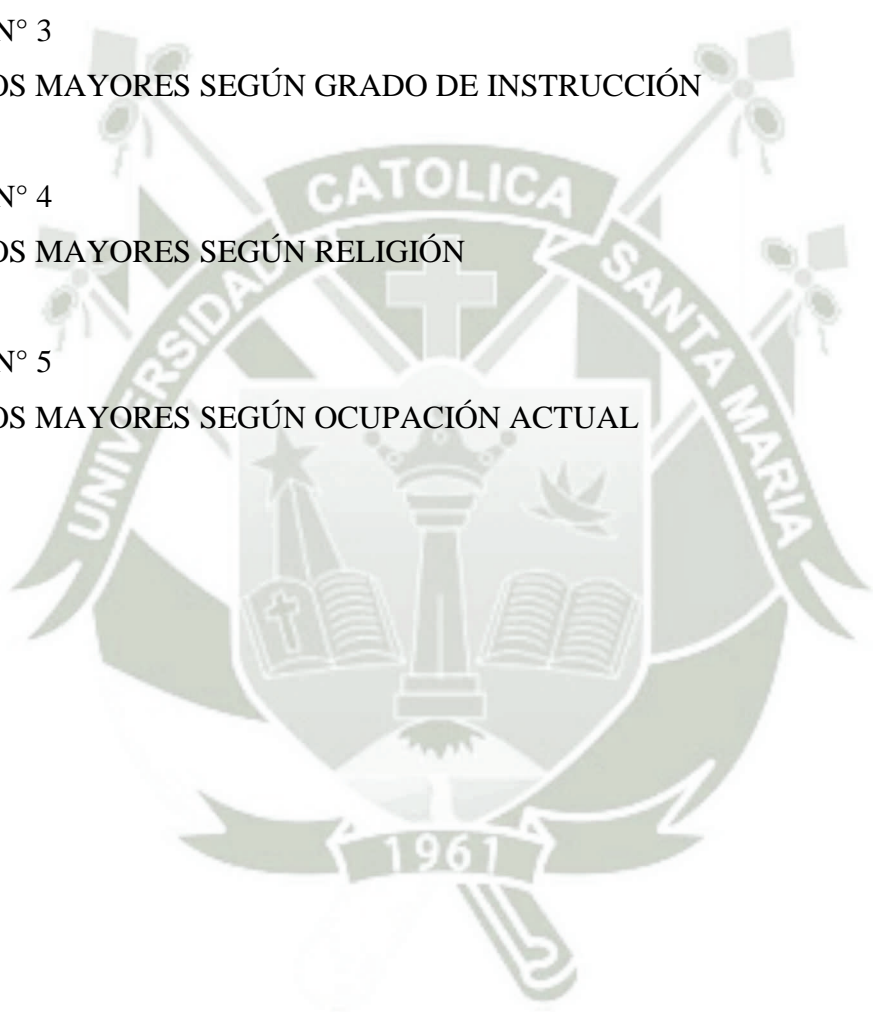
RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	41
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N° 1	
ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD	44
TABLA N° 2	
ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO	45
TABLA N° 3	
ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	46
TABLA N° 4	
ADULTOS MAYORES SEGÚN RELIGIÓN	47
TABLA N° 5	
ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN ACTUAL	48



RESUMEN

El estudio “La Convivencia Familiar en los Adultos Mayores” se realizó en el Club del Adulto Mayor Corazón de Jesús. Centro de Salud Alto Selva Alegre. Estudio cualitativo y de corte transversal. Como técnica se usó la Entrevista a profundidad, y como instrumento, la cédula de preguntas abiertas en base a los principios de codificación abierta y el proceso metodológico de la triangulación. Los resultados muestran información que cruzan y entrecruza la construcción de la realidad de los adultos mayores. Las conclusiones a las que se llegó en el estudio son: 1. En las familias de los adultos mayores investigados, la ausencia y/o limitaciones de la integración familiar, comunicación, intervención en la toma de decisiones hacen imposible el desenvolvimiento de la convivencia familiar. 2. La ausencia y/o disminución de la autoestima y la limitación de la expresión de sentimientos de los adultos mayores investigados dificultan el proceso normal de convivencia familiar. 3. La participación familiar en la satisfacción de las necesidades físicas no facilita la convivencia familiar en razón a que se identifica irresponsabilidad de los miembros de la familia.

Palabras claves: Adulto mayor – convivencia – convivencia familiar.

Autoras:

- Ada Beatriz Carbajal Pinto: E-mail: adacarbajal070810@gmail.com
- Katherine Margot Canazas Gutiérrez: E-mail: Kathy_mcg23@hotmail.com

ABSTRACT

The study "Family Harmony in the Elderly" was held at the Club for the Elderly Heart. Health Center Alto Selva Alegre. Qualitative and cross-sectional study. As the depth interview technique was used, and as an instrument, the identification of open questions based on the principles of open coding and methodological triangulation process. The results show that cross information and intersects the construction of the reality of the elderly. The conclusions reached in the study are: 1. families of seniors surveyed, absence and / or limitations of family integration, communication, involvement in decision-making make it impossible for the development of family life. 2. The absence and / or low self-esteem and limiting the expression of feelings of seniors surveyed impede the normal process of family life. 3. Family involvement in meeting the physical needs not provide the family life due to the irresponsibility of family members is identified.

Keywords: Adult more - living - family life.

Authors:

- Ada Beatriz Carbajal Pinto: E-mail: adacarbajal070810@gmail.com
- Katherine Margot Canazas Gutiérrez: E-mail: Kathy_mcg23@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación se llevó a cabo, respondiendo a una gran inquietud de las autoras, quienes observaron en nuestro medio, el problema social que genera preocupación y temor en las familias y es el de la convivencia familiar, sobre todo, en aquellas en las que parte de sus miembros son los adultos mayores, y que sin lugar a dudas, son las más numerosas. Esta inquietud se constituye en un hecho importante y urgente de estudio, el que al ser analizado contextualmente, haciendo uso de abordajes claramente interpretativos, se logrará la comprensión de las distintas formas de encarar la convivencia en el hogar u hogares de nuestra realidad social.

En las familias de los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre, para lograr una convivencia armoniosa, positiva, con amplitud de bienestar físico, psicoemocional y espiritual es indispensable que estén presentes importantes indicadores como: La integración familiar a través de la comunicación, la autoestima individual y colectiva, las facilidades para la expresión de sentimientos, pensamientos, toma de decisiones, ayuda física y un significativo soporte integral, indicadores tomados en cuenta en el proceso investigativo, ya que desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, la interacción es posible a través de la comunicación, como sistema de significados compartidos que implican un sistema de comportamientos compartidos que posibilitan espacios comunes de construcción social entre los miembros de la familia de forma simultánea e interactiva.

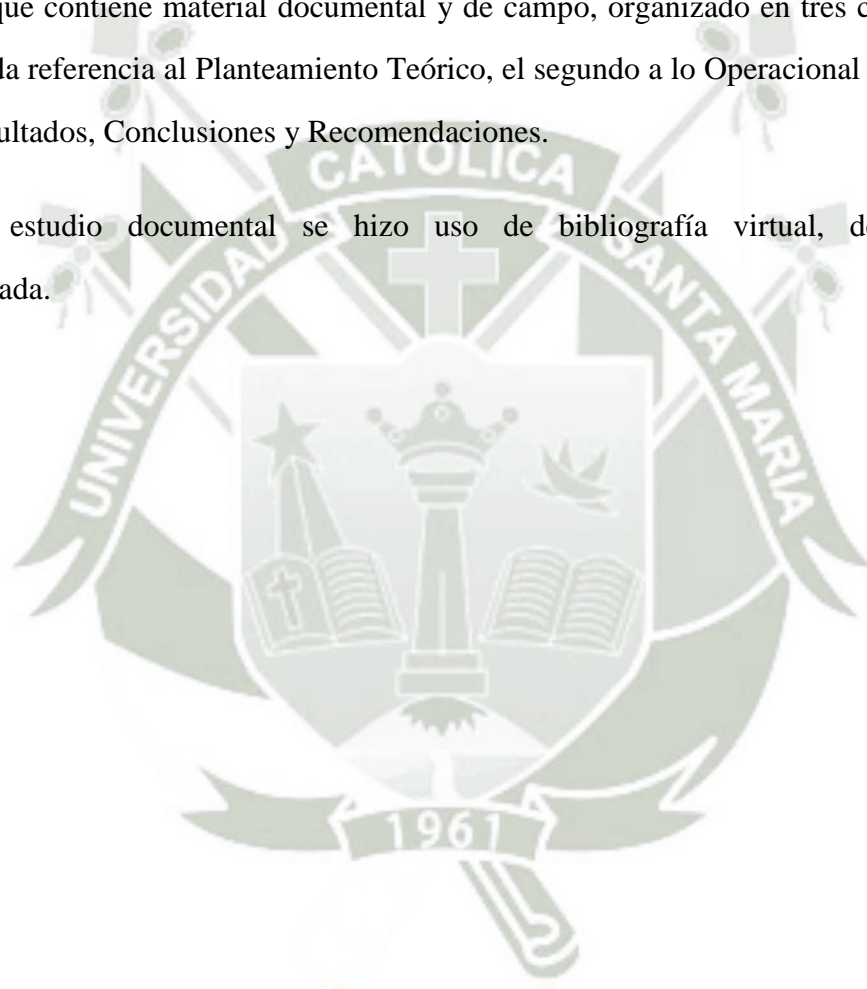
La integración familiar por ser un compartir constante de experiencias en la que las personas se exponen como singularidades concretas, en la realidad familiar es un proceso de construcción, de evaluación y de renovación de las relaciones de los miembros de la familia, donde juegan un papel importante los intereses, afectos, amor, actitudes y roles que dinamizan la convivencia familiar cotidiana.

Esta situación no se da a cabalidad en la mayoría de las familias de los adultos mayores residentes en el Distrito de Alto Selva Alegre.

En base a lo señalado anteriormente, se ha realizado el presente estudio en el Club del Adulto Mayor “Corazón de Jesús” del Centro de Salud, en el que participan como miembros integrantes 52 adultos mayores en el año 2015.

Estudio que contiene material documental y de campo, organizado en tres capítulos, el primero da referencia al Planteamiento Teórico, el segundo a lo Operacional y el tercero a los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.

Para el estudio documental se hizo uso de bibliografía virtual, debidamente seleccionada.



CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA

1.1. Enunciado del Problema

La Convivencia Familiar de los Adultos Mayores del Club “Corazón de Jesús”.
Centro de Salud Alto Selva Alegre. Arequipa, 2014

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la Salud
Área : Enfermería
Línea : Adulto Mayor

1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene una sola variable:
Convivencia Familiar

Variable	Indicadores	Subindicadores
La Convivencia Familiar	1. Social	1.1. Composición familiar 1.2. Comunicación 1.3. Participación en la toma de decisiones
	2. Psicoemocional	2.1. Autoestima del adulto mayor 2.2. Expresión de sentimientos 2.3. Respeto, amor, comprensión.
	3. Física	3.1. Movilización 3.2. Alimentación 3.3. Descanso y sueño 3.4. Eliminación

1.2.3. Interrogantes Básicas

- A. ¿Cómo es la convivencia familiar social en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre?
- B. ¿Cómo es la convivencia familiar, psicoemocional en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre?
- C. ¿Cómo es la convivencia familiar física en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre?
- D. ¿En cuál de las áreas de la convivencia familiar se encuentra mayor dificultad en los adultos mayores del “club Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo : De Campo

Nivel : Cualitativo, de corte transversal

1.3. Justificación

La convivencia familiar de los adultos mayores desde hace varias décadas y en la actualidad se ha convertido en un serio problema social a nivel familiar y de la sociedad peruana; ya que las estadísticas muestran una creciente porcentual del 18.5% de adultos mayores con problemas sociales, biofísicos, psicológicos y espirituales, que requieren de intervención familiar para enfrentar las limitaciones encontradas.¹

En la mayoría de los casos se observa desinterés familiar al respecto ocasionando en los adultos mayores estados de abandono biofísico, psicológico, social y espiritual.

Lo expuesto anteriormente, enmarca al problema a investigar en lo que se denomina relevancia social contemporánea y humana.

El tema seleccionado es pertinente realizarlo en razón a que la situación de los adultos mayores tal como está hoy, no se ha resuelto ni parcial ni totalmente; el que es factible de realizarlo por contar con las facilidades del Club “Corazón de Jesús” de Centro de Salud Alto Selva Alegre.

En cuanto a la originalidad del estudio, tenemos que su enfoque es original, nos referimos a la convivencia familiar que no ha sido considerada en los diversos estudios realizados sobre el adulto mayor.

En este marco, el objetivo de este trabajo se centra básicamente en el análisis de las características de este tipo de convivencia, como un punto de partida muy importante en la solución de los problemas que presentan los adultos mayores en nuestra realidad social.

Es relevante científicamente, en razón a que los resultados obtenidos van a contribuir a mejorar y/o superar el conocimiento que actualmente se tiene sobre convivencia familiar con el adultos mayor, esto con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

¹Adrián Jean-Dotus Jacques. Análisis situacional de los adultos mayores. España: Editorial Acribia.; 2000 pp-35-36

La magnitud del problema despertó en las autoras el interés de participar en su solución a través, y a su vez, obtener el Título de licenciada en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar la convivencia familiar social en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre.
- 2.2. Precisar la convivencia familiar, psicoemocional en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre.
- 2.3. Precisar la convivencia familiar física en los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre.
- 2.4. Identificar la convivencia familiar de mayor dificultad de los adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. PERFIL DEL ADULTO MAYOR

Es de gran importancia caracterizar al adulto mayor, para tal fin tenemos que considerar en primer lugar el proceso de envejecimiento biológico normal; considerando las dos formas de envejecimiento: la intrínseca y la extrínseca.

3.1.1. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

A. Envejecimiento intrínseco y extrínseco

El envejecimiento intrínseco (del interior de la persona) denota los cambios que ocasiona el proceso normal de envejecimiento; se encuentran programados genéticamente y son en esencia de carácter universal en las especies. La universalidad, es el criterio principal que se utiliza para diferenciar el envejecimiento normal del anormal. Los cambios extrínsecos del envejecimiento obedecen a influencias externas, como trastornos, enfermedades, contaminación del aire y exposición a la luz solar, que acelera dicho proceso. Estos factores que contribuyen al envejecimiento anormal se eliminan o disminuyen mediante

intervenciones eficaces de cuidados a la salud.²

- **Cambios celulares, hísticos y orgánicos relacionados con la edad.**

Los cambios celulares y extracelulares en la etapa de la vejez, deterioran la apariencia y la función física. Las personas adultas mayores se encogen, disminuyendo el ancho de su espalda, aumentando la circunferencia torácica, el abdomen y el diámetro pélvico. La piel se torna delgada con arrugas y con pigmentaciones en zonas expuestas a los rayos solares fundamentalmente, la masa corporal de apoyo disminuye y la masa de grasa aumenta, redistribuyéndose desde los tejidos subcutáneos.

La capacidad del cuerpo para preservar la homeostasis disminuye progresivamente con el envejecimiento celular, los sistemas orgánicos no funcionan con toda su eficacia debido a los déficits celulares y de los tejidos. Las células resultan menos capaces de reemplazarse a sí mismas, acumulan un pigmento conocido como lipofuscina. Dentro del tejido conectivo, la degradación de elastina y colágeno ocasiona que los tejidos se hagan rígidos y menos elásticos.

El bienestar general de los adultos mayores depende de factores físicos, mentales, sociales y ambientales. La evaluación completa del estado de salud abarca los sistemas y aparatos corporales principales, estado mental, situación social, así como la capacidad de desenvolverse como una persona independiente, no obstante la presencia de enfermedades crónicas.

• **Cambios cardiovasculares**

Las cardiopatías son las principales causas de muerte en todos los grupos de edad, incluidos los adultos mayores, la tasa de mortalidad por trastornos cardiovasculares también aumenta con la edad, los cambios estructurales que son normales con el envejecimiento del aparato circulatorio, reducen la capacidad de funcionamiento de éste, las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y rígidas; el corazón y las arterias pierden elasticidad; además, las

² Darnton, H. I. (1995) "El envejecimiento con salud y la calidad de la vida", Forum Mundial de la Salud, vol. 16, núm. 4, pp. 381-391.

arterias se dilatan, se vuelven tortuosas, acumulan calcio y grasas en la cara interna de sus paredes.

Aunque normalmente se mantiene el funcionamiento del aparato respiratorio, ante el estrés se produce en las personas una disminución de la reserva cardíaca, así como la capacidad de respuesta y el gasto cardíaco.

La **disfunción cardiovascular** interfiere con las actividades normales de la vida cotidiana. Los cambios normales del envejecimiento, los factores genéticos y el estilo de vida contribuyen a producir trastornos mayores como disritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, arteriopatía coronaria, arterioesclerosis, hipertensión, claudicación intermitente (dolor que surge en la pierna al caminar), infarto (miocardio, vasculopatía periférica y accidentes cerebrovasculares (apoplejías)).³

La salud cardiovascular en adultos mayores se fomenta mediante ejercicio constante, dieta adecuada, control de peso, revisiones periódicas de la presión arterial, prevención del estrés y erradicación del cigarro. Los parámetros de valoración adicional incluyen estar atento a las reacciones a medicamentos, como hipotensión ortostática, desequilibrio electrolítico, confusión y depresión.

Para evitar mareos, desmayos y posibles caídas a consecuencia de hipotensión ortostática se aconseja al paciente sentarse despacio a partir de una posición horizontal y después incorporarse a una postura erguida.

- **Cambios respiratorios**

Los cambios del aparato respiratorio relacionados con el envejecimiento que afectan la capacidad y la función pulmonares abarcan: aumento del diámetro torácico anteroposterior, colapso osteoporótico de vértebras y la cifosis resultante, calcificación de cartílagos costales y disminución de los movimientos de las propias costillas; reducción de la eficacia de los músculos auxiliares de la respiración, aumento de la rigidez pulmonar y disminución del área de superficie alveolar. El aumento de la rigidez o la

³Cecil L. (2002) Tratado de Medicina Interna. 20 Edición Editorial Interamericana S.A., Barcelona.

pérdida del rebote elástico hacen que se incremente el volumen residual y disminuya la capacidad vital. Esto mengua la capacidad de intercambio y difusión de los gases respiratorios.

Las reducciones de la eficacia de la tos y de la actividad ciliar, así como el aumento del espacio muerto, hacen que el adulto mayor sea más susceptible a infecciones respiratorias. La función respiratoria de los adultos mayores es suficiente para las actividades cotidianas, pero se reduce la capacidad ventilatoria. Esto hace que también sea menor la tolerancia al ejercicio sostenido y que se requieran periodos breves de reposo durante actividades prolongadas.

Las actividades para el fomento de la salud que ayudan a que el adulto mayor mantenga un funcionamiento respiratorio adecuado incluye ejercicios periódicos, consumo adecuado de líquidos, inmunizaciones anuales contra la influenza, no fumar y prevenir infecciones respiratorias.

- **Cambios integumentarios**

Entre las funciones de la piel se cuentan las de protección, regulación de la temperatura, recepción de estímulos sensoriales y excreción. El envejecimiento se acompaña de cambios intrínsecos y extrínsecos que afectan la función y el aspecto de la piel. La epidermis y la dermis se adelgazan, disminuye el número de fibras elásticas y de colágeno se vuelve más rígido; también se reduce la cantidad de grasa subcutánea, sobre todo en las extremidades, la pérdida de capilares de la piel origina un menor riego sanguíneo. Todos estos cambios hacen que la piel tenga menos elasticidad, se arrugue y cuelgue. Los pigmentos cutáneos se distribuyen en forma irregular y a manera de manchas, particularmente en áreas expuestas con anterioridad a la luz solar. Estos cambios integumentarios reducen la tolerancia a las temperaturas extremas y a la luz solar. La sequedad de la piel hace que la persona sea susceptible a la comezón y a la irritación.

Los puntos didácticos para fomentar la función de la piel saludable comprenden evitar la exposición al sol, utilizar ropa adecuada para proteger la piel, mantener una temperatura adecuada en interiores, usar una crema

dérmica lubricante y evitar baños de tina prolongados.⁴

- **Cambios reproductivos**

La producción ovárica de estrógenos y progesterona cesa con la menopausia. Los cambios que ocurren en los órganos reproductivos de la mujer incluyen adelgazamiento de la pared vaginal, con angostamiento de la vagina y disminución de su elasticidad; reducción de las secreciones vaginales, que origina sequedad, escozor, menor acidez vaginales; involución uterina, ovárica y disminución del tono de los músculos del perineo, que produce incontinencia de esfuerzo y micción urgente. Estos cambios contribuyen a las hemorragias y coito doloroso (dispareunia). En el hombre se reduce el tamaño del pene y los testículos, al igual que las concentraciones de andrógenos. Los impulsos y la actividad sexual se reducen, pero no desaparecen, tampoco se deben desalentar. La sociedad con frecuencia considera en forma errónea que los adultos mayores son seres asexuados. La enfermera puede explicarles que la actividad sexual varía de una persona a otra y guarda relación con la conducta sexual en etapas previas. Si se requiere asesoría, sugerir el tratamiento con un profesional capacitado. Entre las recomendaciones adicionales se incluye el uso de un lubricante vaginal o la obtención de información sobre tratamiento para el reemplazo de estrógeno.⁵

- **Cambios genitourinarios**

El sistema genitourinario continúa funcionando en los adultos mayores, aunque disminuye la masa renal. El peso de los riñones pasa de unos 250 gramos a 200 gramos en la octava década de la vida. La masa renal que más se pierde es la cortical. Alrededor de un 10 a un 12 % de los glomérulos se esclerosan a los 70 años. Los cambios de la función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los túbulos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina, una restauración más lenta del equilibrio ácido básico en respuesta al estrés. También

⁴ Bayarre, V. H. D. (2009) “Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana”, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 35, núm. 4, pp. 110-116.

⁵ Torres, H. M., Quezada, V. M., Rioseco, H. R., y Ducci, V. M. E. (2008) “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, Revista Médica, vol. 136, núm. 3, Santiago de Chile, pp. 325-333.

disminuye el tono muscular de los uréteres, vejiga y uretra. Ocurre lo mismo con la capacidad de la vejiga, de modo que los adultos mayores no siempre pueden vaciarla por completo. La retención de orina aumenta el riesgo de infecciones. También son problemas comunes la micción frecuente y urgente, así como la incontinencia. En mujeres, suele haber disminución del tono de los músculos del perineo, que origina incontinencia de esfuerzo y micción urgente. La hipertrofia prostática benigna (agrandamiento de la próstata) es un hallazgo común en varones adultos mayores; causa retención crónica de orina, micción frecuente e incontinencia urinaria.

La ingestión adecuada de líquidos es necesaria para prevenir las infecciones vesicales y conservar el balance hídrico. La incontinencia urinaria y la micción frecuente se reducen si el adulto mayor:

- Tiene fácil acceso a instalaciones sanitarias
- Orina con regularidad
- Practica ejercicios de los músculos perineales

Los ejercicios de los músculos perineales, descritos por Kegel, son muy útiles en la reducción de los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo, en especial en mujeres. La mejoría del control muscular se logra al cabo de varios meses, de modo que se debe alentar al adulto mayor para que persista en la práctica regular de los ejercicios. Para mostrar la forma en que deben realizarse, se comienza con la identificación del músculo pubococcígeo. Se le hace saber que este músculo es el mismo que se utiliza para retener flatos o retener voluntariamente el flujo de orina. El abdomen, los músculos y los glúteos se mantienen relajados.

El músculo pubococcígeo es el primero en tensionarse y luego se relaja, cada 10 s. Estos ejercicios deben alternarse y repetirse diez veces en cuatro a seis sesiones diarias. Pueden practicarse de pie, sentado o acostado, también se pueden sugerir que los practique de manera simultánea con otras actividades cotidianas, ya que pasan desapercibidos para otras personas. También se recomiendan para varones que padecen goteo urinario relacionado con operaciones de la próstata. Se indica al paciente que tense el esfínter externo

del año hasta que se retraiga el pene. La repetición frecuente de este ejercicio hará que se produzca el tono muscular necesario.

El estreñimiento es uno de los principales factores que contribuyen a producir incontinencia urinaria, por tal motivo se debe recomendar una dieta alta en fibra, beber una cantidad adecuada de líquidos y aumentar la movilidad para promover una función intestinal regular.

- **Cambios gastrointestinales**

El funcionamiento del aparato digestivo continúa siendo más o menos adecuado a lo largo del ciclo vital. No obstante, muchos adultos mayores padecen síntomas relacionados con desaceleración del tránsito de los alimentos o hipomotilidad gastrointestinal, casi la mitad de la población ha perdido los dientes a los 60 años. Esto no es una consecuencia inevitable del envejecimiento; pero la enfermedad periodontal es común; origina aflojamiento y caída de los dientes, también disminuye la salivación, con lo que se suele experimentar sequedad de la boca.

El peristaltismo esofágico es menos eficaz, el cardias a veces presenta disfunción y no se relaja, lo que origina demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior del esófago. Los síntomas principales con frecuencia son: la sensación de plenitud, pirosis e indigestión. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciado del contenido gástrico. Además, la hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro, calcio y vitamina B₁₂.

La absorción de nutrientes en el intestino delgado parece disminuir, pero sigue siendo adecuada. Por lo general también se mantiene el funcionamiento del hígado, vesícula biliar y páncreas, aunque con ciertas deficiencias en la absorción de grasas y la tolerancia a las mismas.

- **Cambios sensoriales**

Los déficits sensoriales comunes en la edad avanzada afectan a todos los órganos de los sentidos y ponen en entredicho tal interacción. Se trata de una etapa en que la persona funciona menos satisfactoriamente, desde el punto de

vista físico, es sedentario. El déficit sensorial tiene efectos negativos en quienes no pueden leer o ver programas de televisión, escuchar conversaciones en la medida necesaria para participar en ellas, no tienen discriminación gustatoria suficiente, para disfrutar los alimentos.

La disminución en el funcionamiento de los órganos de los sentidos origina déficit sensorial, que con frecuencia se compensan mediante dispositivos, como anteojos o prótesis auditivas. La privación sensorial es la ausencia de estímulos en el medio o la incapacidad para interpretar los estímulos presentes (quizá como resultado de un déficit sensorial). Esta privación origina aburrimiento, confusión, la inestabilidad, desorientación y ansiedad. La estimulación sensorial significativa dada al adulto mayor a menudo es útil para; corregir este problema. Todos los adultos mayores tienen déficit sensorial y como resultado de esto, están en alto riesgo de sufrir privaciones sensoriales; aunque éstas no les afectan a todos. Es posible que alguno de los sentidos sustituya a otro, en la recepción e interpretación de estímulos. Para aumentar la estimulación sensorial se utilizan colores, texturas, sabores, olores y sonidos. Los estímulos tienen más significado cuando se interpretan para el adulto mayor y si cambian con frecuencia. Las personas confundidas responden al tacto y a las canciones que les son familiares.

B. Envejecimiento Extrínseco

El envejecimiento extrínseco se produce en los adultos mayores por causas o factores externos como el sedentarismo y la actividad física.

La actividad física involucra a todos los sistemas y no sólo al aparato muscular. Por su parte la falta prolongada de ejercicio, conocida como sedentarismo o vida sedentaria, incide en las funciones orgánicas, que comienzan a deteriorarse.

Las personas que no hacen ejercicio físico, conforman una población de alto riesgo cuyos índices de mortalidad son significativamente más altos en relación a los individuos que se entrenan adecuadamente.⁶

⁶ Bayarre, V. H. D. (2009) “Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana”, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 35, núm. 4, pp. 110-116.

La disyuntiva entonces es:

ACTIVIDAD FÍSICA = SALUD
VERSUS
SEDENTARISMO = ENFERMEDAD

El Sedentarismo no es un tema menor, es considerado uno de los cuatro "factores mayores de riesgo cardiovascular". Los restantes son la presión arterial elevada, los altos valores de colesterol y el tabaquismo.

Esta breve revisión indica que el sedentarismo y la mala adaptación reducen las reservas del cuerpo, con los innumerables riesgos consiguientes para la salud y la capacidad física. La inactividad física es un factor externo de riesgo en sí misma, pero tiene una influencia negativa directa sobre otros factores de riesgo (por ejemplo: obesidad, hipertensión, metabolismo del colesterol). La falta de fortaleza estática y dinámica, de resistencia y de movilidad, aumenta también los riesgos de accidentes y lesiones del sistema de soporte y motor. Como el sedentarismo es frecuente, por lo menos en los países industrializados, debe tenerse muy presente en la política sanitaria. Las consecuencias de la situación expuesta son evidentes. Para mejorar al máximo las estructuras físicas y su función en sus propiedades morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, el organismo humano necesita una cantidad suficiente de actividad motriz a lo largo de la vida. El uso adecuado de la musculatura esquelética, con sus consecuencias adaptativas para todos los demás sistemas, forma parte, de las "instrucciones de uso" del cuerpo. La falta de uso contraviene las "instrucciones de uso" dictadas por las leyes de la naturaleza.

Además, los ejercicios rítmicos habituales de resistencia (como correr, montar en bicicleta, caminar de prisa, así como el vóley y los deportes de equipo) realizados durante, al menos, 30 minutos de tres a cinco días por semana, suelen combinarse con un estilo de vida personal activo, en relación con la salud (prevención del riesgo) (por ejemplo: una nutrición equilibrada cuantitativa y cualitativamente, ingestión moderada de alcohol, no fumar). Mediante esta actitud, se logra un beneficio adicional consistente en salud y capacidad física a largo plazo y una mayor alegría de vivir, añadiendo "vida" a los años y, probablemente, años a la vida.

En relación a la actividad física definimos el ejercicio físico como una actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mejorar o mantener los componentes de la forma física.

Una persona en buena forma física es la que se desenvuelve diariamente con vigor y diligencia, sin fatiga excesiva y con energía para hacer actividades, considerando los siguientes principios básicos.

1. Frecuencia de entrenamiento: 3 a 5 días por semana
2. Intensidad de entrenamiento: 60 a 90% de la frecuencia cardiaca máxima de reserva o 50 a 80% del máximo consumo de oxígeno (V_{O_2} Máx.)
3. Duración del entrenamiento: 15 a 60 min- De actividad aeróbica continua.
4. Modo de actividad: Cualquier actividad que use grandes grupos musculares, actividad que puede ser mantenida de manera continua, rítmica y aeróbica, ejemplo: caminar, correr, nadar, hacer ciclismo, saltar soga.
5. El incremento en la capacidad máxima de consumir oxígeno (V_{O_2} Máx.) está en la relación con la frecuencia, intensidad duración del entrenamiento, el incremento en el V_{O_2} Máx. oscila entre 5 a 25%.
6. El incremento en el V_{O_2} Máx. tiende a alcanzar su máximo, cuando la frecuencia del entrenamiento es mayor de 3 a la semana.
7. Los programas de entrenamientos basados en resistencia, son capaces de disminuir el porcentaje de grasa corporal, mientras que el peso limpio (peso sin grasa) permanece constante o se incrementa ligeramente. Los programas a efectuarse por lo menos 3 días a la semana, de no menos 20 minutos de duración y con una intensidad suficiente como para consumir. aproximadamente 30 calorías, son los recomendados para reducir el peso corporal y contenido graso. Si el entrenamiento tiene una frecuencia de 4 días a la semana, un gasto de 200 calorías es capaz de reducir el contenido graso.
8. La mínima intensidad de esfuerzo para que se logre un incremento en el V_{O_2} máx., es aproximadamente 60% de la máxima reserva de la frecuencia cardiaca o 50% del V_{O_2} máx.

3.2. LA FAMILIA

3.2.1. Significado de la Familia

Una familia es importante para el desarrollo de las personas, es una fundación donde una persona aprende los modos para vivir en paz con otros. La relación de la familia debe ser estrecha y unida, este tipo de relación puede ayudar a los miembros de la familia, para que aprendan sobre sus mismos caracteres, también, pueden aprender cómo tratar y comunicarse con otros. La historia conecta de todas las generaciones. La lengua, especialmente, conecta a los abuelos con sus nietos. Es importante aprender el pasado porque el pasado se puede repetir en el futuro si una persona no presta mucha atención.

Una familia es importante para el desarrollo de las personas, no es limitada a una relación de sangre, hay muchas personas a quienes les faltan las cosas necesarias para vivir en felicidad y amor. La adopción es una opción para ayudar con este problema. Si una mujer no puede quedar embarazada, ella y su esposo pueden adoptar a un niño, quien necesita una casa con padres cariñosos y la oportunidad de vivir una vida mejor, un bebé nuevo en la familia trae felicidad a todos.⁷

3.2.2. Conceptualización

A la familia se le define, como la integración de dos o más personas unidas por fuertes lazos emocionales y que viven dentro de un hogar común. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos "La Familia es la célula natural y fundamental de la sociedad". Actualmente, la definición de lo que es una familia ha cambiado a tal grado que existe una confusión, antes todos aceptaban que la familia era formada por Papá, Mamá y los hijos, ahora ya no, la familia es más que un concepto, es una institución núcleo básico de la sociedad. Hay varias tipificaciones, entre ellas se tienen:

- Familias con un solo cónyuge.
- Familia nuclear.
- Familia extendida.
- Grupos familiares comunitarios.

⁷http://www.albany.edu/faculty/mw908/aspn301z/primavera99/familia/significado_familia.htm

Es en la familia donde se nos enseñan nuestras primeras lecciones de interacción social, así como los principios de urbanidad y las normas de cortesía fundamentalmente los valores, se nos instruye para decir, "Por favor", "gracias", expresar amor y respeto por los seres humanos, en este contexto, recibimos los fundamentos morales necesarios para distinguir lo correcto de lo incorrecto. Sin embargo la mayoría de las lecciones más importantes, las que tienen más influencia sobre nuestro desarrollo, se absorben inconscientemente de la convivencia espontánea con nuestros seres queridos,. Destacan entre ellas las formas mediante las que nuestros padres se comportan entre sí y su forma de tratarnos, cada día observamos diversas pautas de comportamiento, como la forma de expresar amor y enojo por parte de los miembros de la familia, todas estas lecciones forman parte Integral de la socialización del ser humano.⁸

3.2.3. Tipos de familia.

- A. Familias Funcionales: Son aquellas en las que sus miembros se muestran seguros acerca de quiénes son, tienen una auto-imagen positiva, y se comunican libremente.
- B. Familias Disfuncionales: Son aquellas que se componen de personas habitualmente autolimitadas, cuyas personalidades parecen inhibidas, empequeñecidas o subdesarrolladas, en estas familias, la comunicación suele ser deficiente, inexistente o se expresa mediante comportamientos destructivos o incluso violentos. Muchas veces hemos escuchado la frase "familia disfuncional", pero ¿qué significa? y, ¿cómo podemos saber si somos parte de una familia disfuncional? Por disfuncional se entiende que es algo que no funciona, o su funcionamiento es muy limitado y anormal. La familia disfuncional, vive bajo el mismo techo; entran y salen por la misma puerta, y todos, pasiva o activamente, contribuyen a que la infraestructura familiar se vaya desintegrando emocional y psicológicamente, dirigiéndola indefectiblemente a un colapso total. Necesitamos saber si nuestras actitudes y aportes dentro del seno del hogar están contribuyendo a la solidez y salud de la familia o si, a pesar de nuestras mejores intenciones, estamos robándole su vigor y negándole por nuestras acciones, el éxito que tanto le

⁸ Rentería B. Carbajal (2006). Colombia. Convivencia Familiar.

deseamos, hecho que repercute en los miembros de la familia en este caso, de los adultos mayores.

3.3. CONVIVENCIA FAMILIAR

Una problemática social que actualmente genera múltiples interrogantes por las dinámicas que se le atribuyen es la referida a la convivencia familiar, que se constituye un fenómeno importante de estudio, el cual, al ser analizado desde abordajes interpretativos no hegemónicos usados tradicionalmente para su comprensión, permite ampliar los repertorios interpretativos de realidades sociales. En el marco de nuestra sociedad.

Se considera que la comunicación unifica en cierta medida el repertorio de escogencia. Esto no sería posible sin la presencia del lenguaje que se entiende como un conjunto de símbolos significantes que son aquéllos que tienen sentido tanto para el que habla como para el que escucha. De esta manera, a través del proceso de interacción, en el cual los individuos se comunican simbólicamente, teniendo un conocimiento previo de dichos símbolos, que requiere de procesos mentales de comunicación y reflexión, las personas construyen su realidad social. Es decir, los objetos están presentes en el mundo real y lo que importa es el modo en que los actores los definen, en que les asignan significados, según su utilidad, y los aprenden e interpretan en la socialización y en la interacción.

En consecuencia, desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, la interacción es posible a través del lenguaje como sistema de significados compartidos que implican, al mismo tiempo, un sistema de comportamientos compartidos, desde una perspectiva social amplia por implicar, valga la redundancia, un sistema de símbolos significantes. Por lo tanto, se parte del supuesto de que comunicación e interacción social son virtualmente sinónimos, ya que el lenguaje se ve típicamente como el vehículo primordial de la comunicación humana y la comunicación es el insumo de las relaciones.

Lo anotado anteriormente se relaciona necesariamente con una concepción de lo social y con la sociedad como contexto privilegiado en el que tienen cabida las interacciones y sus productos. La sociedad es concebida como tejido de comunicación, como sinónimo de interacción, siendo resultante de influencias

recíprocas entre las personas, en la medida en que interactúan reconociendo las características reales o atribuidas entre ellos. El hecho de reconocer la comunicación como elemento constituyente de lo social, obliga a realizar consideraciones éticas con el propósito de aclarar las condiciones o reglas que le rigen y consideran al ser humano como potenciador, creador y recreador de realidades.

3.3.1. Categorías relacionadas con la convivencia familiar

En áreas de los aportes de este enfoque interpretativo se optó por la presentación de algunas categorías relacionadas con la convivencia familiar a la luz de otras que tipifican el sistema explicativo del interaccionismo simbólico, como las siguientes: por una parte, la familia entendida como una forma organizativa particular en la que es posible identificar interacciones e igualmente, experimentar e interpretar diversos tipos de papeles, normas, acuerdos de convivencia, así como el mantenimiento o la reproducción de la dinámica social “mayor” en la que está inmersa. Asumir la familia de esta forma permite considerar diferentes formas de agruparse, por parte de las personas para construir un espacio de existencia compartido, mediado por vínculos afectivos y por la construcción del compartir cotidiano. Lo anterior amplía el panorama sobre las concepciones hegemónicamente tipificadas de familia.

La socialización es vista como un proceso continuo, que ocurre a largo de toda la vida y el cual considera que la interacción es en sí misma socialización, aunque la socialización en los primeros años de vida tenga una significación particular. Para el interaccionismo simbólico a diferencia de otros enfoques; esto significa que la socialización acompaña toda la vida de la persona, en relación con diferentes grupos, circunstancias y contextos en los que vive.

En la convivencia familiar las personas aprenden algunos significados y gran parte de los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento, por lo que es posible modificar su repertorio al usarlo en la acción y en la interacción sobre la base de la interpretación de la situación, ya que en la interacción social las personas amplían sus horizontes de sentido y así su capacidad de acción.

La interacción familiar es el proceso que posibilita un espacio común negociado de construcción de significados entre los miembros de forma interactiva y simultánea. Para el interaccionismo simbólico la interacción es el espacio, la unidad que posibilita la comunicación en la sociedad: por medio de la interacción y la simbolización se generan ambos, se mantienen o cambian permanentemente. La interacción social es pues lo que posibilita una “realidad negociada”. En el presente estudio esta realidad negociada la consideramos fundamental en los adultos mayores tanto en el aspecto social, psicoemocional y físico.

Uno de los postulados básicos del interaccionismo simbólico es que “en la medida en que el significado se deriva del proceso interpersonal implica que la realidad es definida por medio de este proceso más que independientemente de él”. Si se considera lo anterior, “La realidad familiar” es construida por los miembros del grupo familiar; negocia por medio de acciones comunicativas los significados, en un proceso cotidiano de intercambio de informaciones y vivencias que construye y consolidan vínculos entre los miembros de la familia, fortaleciendo o no las relaciones y orientando las acciones de los proyectos en común.

Por ser un compartir constante de experiencia en que las personas se exponen como singularidades concretas, la realidad familiar también es un proceso de construcción, de evaluación y de renovación de las relaciones de los miembros de la familia. Este proceso está “compuesto” de intereses, afectos, actitudes, roles y otros elementos que dinamizan la convivencia cotidiana, por lo que forman alianzas, divergencias y tensiones. Esto hace que la convivencia familiar sea una forma de conflicto potencial y de diversas formas de manejarlo o solucionarlo, lo que permite la formación de patrones que identifican la convivencia de determinado grupo familiar.

En un enfoque como el interaccionismo simbólico la convivencia está relacionada con conceptos que contribuyen a su explicación tales como: la socialización, el significado, la definición de situación y el concepto de papel. El proceso de socialización, como se mencionó anteriormente, se inicia cada vez que se hace parte de un nuevo grupo o de alguna nueva forma de organización social, de nuevos patrones de interacción, así como cuando se pretende de alguna nueva forma de organización social, de nuevos patrones de interacción, así como cuando

se pretende alguna forma de cambio social. Con base en este enfoque, la persona es socializada en parte, por el hecho de responder a las expectativas de los otros y en la experimentación de papeles en el proceso general de la interacción, que es en sí mismo experiencia de socialización.

Experiencias que en los hogares de los adultos mayores primeramente deben compartir a través de la interacción y en segundo lugar, refuerzan la convivencia espiritual y física.

3.4. PERFIL DEL ADULTO MAYOR EN NUESTRO MEDIO

En nuestro medio, el adulto mayor tiene un perfil muy similar al descrito anteriormente, proviene y/o reside tanto en zonas urbanas como periurbanas y rurales, cada una con su propia idiosincrasia, lo que influye en sus estilos de vida.

En torno a la cambios biopsíquicos y sociales ocurridos al envejecer se configura la conceptualización de la vejez en términos de déficit y de involución, aceptando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo.

Existen actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento y por ende frente a las personas mayores de sesenta años o adultos mayores .en el ámbito familiar estas actitudes van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes, que por lo general no es denunciado por las victimas en tanto significa un enfrentamiento con los agresores que usualmente son sus propios hijos o familiares de los que dependen afectiva y/o económicamente.

La violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico (insultos, humillación, desvalorización, amenazas de muerte y rechazo) sin embargo no están exentos de la violencia física (bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos) y violencia sexual.

Otro factor es la naturaleza y la calidad de la relación que se establece entre la persona mayor y quien le cuida en el entorno familiar.

A esto se suma, la descalificación, falta de reconocimiento a la sabiduría y la experiencia de la personas mayores de 60 años. La sociedad tiene un culto muy elevado por la juventud y tiende a excluir y marginar a las personas mayores.

Para hacer frente a esta situación o problemática tenemos que prepararnos para entablar relaciones afectivas y sanas con nuestros familiares y así poder hacer frente al maltrato de las personas adultas mayores, lo cual requiere la participación de la familia, de los profesionales y de la comunidad en general.

3.5. ROL DE ENFERMERÍA

La intervención de Enfermería en el equipo de salud del Centro de Salud Alto Selva Alegre de Arequipa, como en cualquier otro, se constituye en el pilar de acciones: asistenciales, administrativas, educativas y de investigación.

En el caso de los pacientes adultos mayores atendidos y en los que se presenta el problema social de “Convivencia Familiar”, posterior a una evaluación detallada de problema en mención, se enumera a continuación acciones o intervenciones de Enfermería.

A. ASISTENCIAL

- Respuesta a la situación de convivencia familiar.
- Rescate de la información sobre la condición o estado de la Convivencia Familiar, en la que uno o más de los principales integrantes son los adultos mayores.
- Valoración de la información obtenida en cuanto a necesidades y problemas biofísicos, psicoemocionales y sociales.
- Orientar y demostrar hábitos de higiene para un bienestar físico adecuado, que deben llevar los adultos mayores, con la participación de los miembros de su familia.
- Promover en el adulto mayor un régimen adecuado de ejercicios, reposo y sueño.
- Promover en los hogares la seguridad, por medio de la prevención de accidentes, lesiones, traumatismo y evitando la propagación de las enfermedades propia de las vejez.

- Facilitar el mantenimiento de la nutrición a través de la implementación de una alimentación balanceada, bajo la orientación de la nutricionista del Centro de Salud.
- Reconocer en las visitas domiciliarias y/o asistenciales programadas por el establecimiento de salud, las respuestas fisiológicas del organismo del adulto mayor ante la presencia de posibles cuadros clínicos, fisiológicos y compensatorios.
- Facilitar mediante el control médico periódico, el mantenimiento de las funciones sensoriales: visión y audición, fundamentalmente.
- Identificar conjuntamente con la familia las expresiones, sentimientos y reacciones emocionales positivas y negativas del adulto mayor.
- Identificar y aceptar conjuntamente con la familia la interrelación entre las emociones, sentimientos, pensamientos y comunicación.
- Facilitar en la familia el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficiente.
- Promover la interacción familiar.
- Crear y/o mantener un entorno familiar de apoyo, estimulador e integrador.

B. EDUCATIVAS

Al referirnos a las acciones preventivas promocionales nos referimos tácitamente a la educación, en ellas se debe incluir temas como:

- Orientar a la familia del adulto mayor a usar los recursos de la comunidad, como ayuda para resolver los problemas que surjan como consecuencias de las dificultades provenientes de la Convivencia Familiar.
- Enseñanza de temas relacionados a la "Convivencia Familiar"
 - Familia

- Relaciones humanas
- Comunicación
- Autocuidado en el hogar

C. ADMINISTRATIVAS

- Realizar el monitoreo de una eficaz Convivencia Familiar.
- Registrar en las historias clínicas las atenciones y observaciones.
- Analizar los datos estadísticos acerca de la evolución del proceso de atención integral del adulto mayor.

D. INVESTIGACIÓN

Incluir en el quehacer profesional del equipo de salud, acciones investigativas multidisciplinarias mediante:

- Estudio de casos de Adultos Mayores.
- Revisión de temas de actualidad geriátrica en aspectos físicos, psicoemocionales y espirituales.
- Investigaciones dirigidas a mejorar el aspecto psicosocial y físico de los pacientes geriátricos.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Internacionales

Ramírez, Olman. (2010). Costa Rica. “Arreglos de convivencia de la Población Adulta Mayor”. Concluye: El estudio clasifica a las personas de edad según variables de residencia conjunta, con especial énfasis en dos grupos de edad: 60 a 79 años y 80 años y más clasificados por sexo, así como la definición y distribución de las personas de edad de acuerdo con una tipología de convivencia. Una posible tipología de convivencia clasifica los arreglos de convivencia en autónomos nucleares, extendidos y dependientes. Casi una tercera parte de las personas adultas mayores conviven en la primera categoría y

una sexta parte como dependientes; la mitad se les ubica en hogares nucleares y extendidos, con una diferencia importante a favor de la opción extendida.

4.2. Nacionales

No se encontraron trabajos similares ni relacionados con las unidades de estudio de la investigación.

4.3. Locales

Vera, Yuliana. Luque, Elizabeth. (2012). Arequipa. “Relación entre la pérdida sensorial y la capacidad funcional de los Adultos Mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz”. Concluye: Que la pérdida sensorial visual afecta al 62.5% de los adultos mayores y la pérdida auditiva afecta al 57.5% de los adultos mayores que acuden al club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. La capacidad funcional de los adultos mayores esta alterada un 50% son dependientes parciales y un 10% son dependientes totales. Existe relación estadísticamente significativa entre la pérdida sensorial, visual, auditiva y funcional de los adultos mayores, por cuanto se observó que el 88% de los adultos mayores con alteración de nivel sensorial visual tienen dependencia parcial o total.

5. HIPÓTESIS

La investigación por ser descriptiva y cualitativa no requiere de hipótesis.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

La selección de la técnica se hizo con la finalidad de captar la realidad de los adultos mayores a investigar tal como la ven, viven y la constituyen los propios sujetos o unidades de investigación. Ella es: la Entrevista estructurada.

1.2. Instrumento

La cédula de Entrevista

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Geográfica

Se realizará en el Club “Corazón de Jesús” del Distrito de Alto Selva Alegre en el Centro de Salud del mismo nombre.

2.2. Ubicación Espacial

El estudio en mención tendrá una duración de seis meses (Marzo a Octubre del 2015)

2.3. Unidades de Estudio

Adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud de Alto Selva Alegre.

2.3.1. Universo

Está conformado por 52 adultos mayores del Club “Corazón de Jesús” del Centro de Salud Alto Selva Alegre.

2.3.2. Muestra

Considerando el nivel de investigación cualitativa y la técnica de la entrevista e instrumento estructurada a profundidad con preguntas abiertas, así como el proceso metodológico de triangulación que requiere de un tiempo individual de entrevista de alrededor de 40 a 60 minutos. (Ver imágenes). La muestra para la investigación quedó conformada por 15 adultos mayores que alcanzan el 29%. Seleccionados por conveniencia de los 52 que conforman el universo. Para la selección de la muestra se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión.

- De Inclusión

- Adulto Mayores de ambos géneros
- Adultos de 60 a 80 años de edad
- Adultos Mayores de asistencia regular al Club

- De Exclusión

- Adultos Mayores que no desearon participar en el estudio que son 12, que alcanza un 23%.
- Adultos Mayores con trastornos psicoemocionales que son 5, que alcanza un 10%.
- Adultos Mayores que viven solos que son 3, que representan un 6%.
- Adultos mayores con limitaciones físicas que son 7, que representan un 13%.
- Adultos mayores con asistencia irregular al club que son 10, que representan un 19%.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para iniciar la recolección de datos se realizó los trámites administrativos con el jefe del Centro de Salud, con el objetivo de conseguir la autorización respectiva, luego se procedió a coordinar con el personal profesional de salud, para la posterior aplicación de los diferentes instrumentos de investigación.

Aspectos éticos considerados en el estudio

Se consideró los siguientes aspectos éticos:

Información previa a los participantes del estudio.- Se dio a conocer los objetivos de la investigación, haciéndoles firmar el Consentimiento Informado, recordándoles que se mantendrá el anonimato de la información que proporcione los adultos mayores, haciendo uso de claves que sólo las investigadoras las conocerá.

Las respuestas a las preguntas no serán inducidas, ni direccionadas, se mantendrá una línea muy objetiva de las respuestas.

No se emitirá juicios de aprobación o desaprobación de lo que piensan los adultos mayores.

Los resultados obtenidos serán de conocimiento de todos los adultos mayores, objeto de estudio.

Proceso de análisis e interpretación de datos

Para analizar los datos que se obtendrán en las entrevistas que se realizará a los adultos mayores, se emplearán los principios de la codificación abierta, donde se conceptualizará los datos, tomando en cuenta los aspectos fundamentales para realizar el análisis cualitativo.

- Primero: los datos obtenidos para ser analizados e interpretados serán leídos línea por línea.
- Segundo: de acuerdo a las categorías construidas se identificaran los tópicos o conceptos que deben ser claros.

Como regla de oro se considerará apartar nuestra susceptibilidad, dejando de entender lo que nosotros queremos, sino realmente interpretar lo que los adultos mayores quieren decir. Según se va obteniendo los datos paralelamente se irán construyendo las categorías analíticas (triangulación), posteriormente con los datos obtenidos se comenzará a agrupar los códigos en categorías que permitirá el número de unidades de análisis trabajados.





ELEMENTOS CONTEXTUALES

1. Problema de Investigación: Convivencia familiar con el adulto mayor. Problema que se ha constituido en la motivación de esta motivación de corte cualitativo. La convivencia familiar en la que participan los adultos mayores en calidad de padres, abuelos, tíos u otro tipo de miembro familiar, constituye un importante problema de salud en la dimensión psicosocial.

La convivencia familiar produce consecuencias positivas o negativas en los miembros de la familia, especialmente en los adultos mayores.

2. Información obtenida, la que tiene un análisis e interpretación guiados bajo el marco de las técnicas de análisis de contenido y la triangulación. La primera técnica, se utilizó para separar y dividir las partes de los métodos de recolección de datos a fin de enfocar los elementos que lo componen, para luego decidir sobre la parte del texto que se analiza; seguidamente se procedió a identificar la unidad de análisis, para finalmente categorizarlas. La segunda técnica, la triangulación, tiene como objetivo el recoger y analizar datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí.⁹ Para ser más exactos se trabajó con la triangulación de datos.

3. Trabajo de Campo

Las entrevistas se realizaron de acuerdo a la disponibilidad personal de los adultos mayores y en lugares cómodos, confortables y en privado, en un tiempo no menor de 40 minutos por entrevista.

Dentro el desarrollo de esta, en un primer momento se observó algo de desconfianza, pero a medida que se avanzaba. Los adultos mayores se mostraron colaborativos y empezaron a mostrar una actitud más abierta y de confianza, informando en algunos casos con narrar emocionalmente. Las investigadoras en todo momento orientaron a los adultos mayores investigados resolviendo sus dudas y brindándolos el soporte emocional durante el desarrollo de las entrevistas.

⁹ Denzin, 1990.

4. Análisis de los Datos

El análisis de los testimonios fue realizado durante el proceso de la investigación, utilizando como se mencionó anteriormente, la técnica de la triangulación, mediante las acciones siguientes:

- Lectura de los testimonios.
- Identificación de categorías de análisis.
- Ordenamiento de las categorías, cuidando que sean excluyentes y exhaustivas.
- Asignación de códigos.
- Relectura de los testimonios.
- Calificación y segmentación de la información.
- Interpretación de los resultados haciendo uso de la comparación de la información obtenida con los antecedentes teóricos referidos al tema estudiado.

5. Presentación de resultados

Los resultados se presentan, según el nivel cualitativo, en la forma siguiente:

- Las características demográficas en tablas estadísticas.
- La caracterización de la convivencia en forma de narración con su perspectiva triangulación.

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

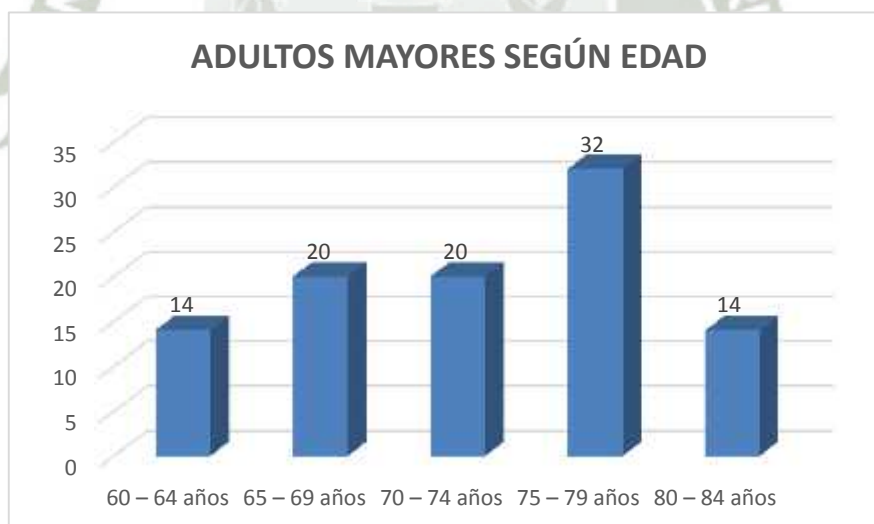
TABLA N° 1

ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
60 – 64 años	2	14
65 – 69 años	3	20
70 – 74 años	3	20
75 – 79 años	5	32
80 – 84 años	2	14
Total	15	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2014

GRAFICO N° 1



Fuente. Tabla N° 1

En la tabla se observa que las edades de los adultos mayores del club Sagrado corazón de Jesús que priman son las de los grupos etareos 65 a 79 años de edad (20% - 20% y 32%); los menores porcentajes del 14% representan a los adultos mayores de edad menor y mayor: 60 – 64 años y 80 – 84 años respectivamente.

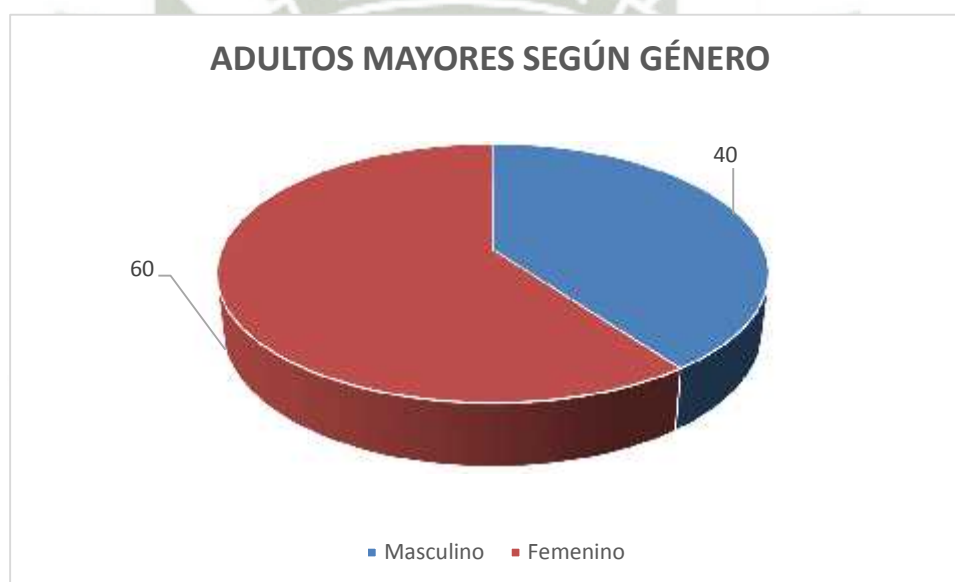
TABLA N° 2

ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO

Género	N°	%
Masculino	6	40
Femenino	9	60
Total	15	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2014

GRAFICO N° 2



Fuente. Tabla N° 2

En relación al género, en la presente tabla se observa que predomina el género femenino, ya que el 60% representa a los adultos mayores investigados que pertenecen al género femenino. La diferencia porcentual del 40% representa al género masculino.

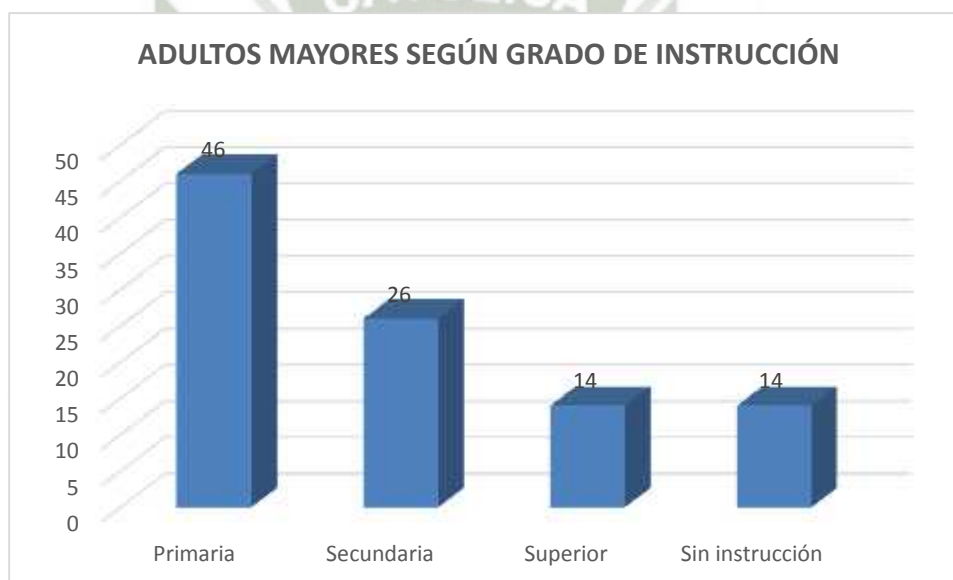
TABLA N° 3

ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	7	46
Secundaria	4	26
Superior	2	14
Sin instrucción	2	14
Total	15	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2014

GRAFICO N° 3



Fuente. Tabla N° 3

En la tabla se observa que los adultos mayores participantes de la investigación poseen el grado de instrucción Primaria con el 46%, siguiéndole el grado de Secundaria con el 26%. Lo contrario a esto, nos lo da el 14% que representa por un lado a los que tienen el grado Superior y por otro, a los que no tienen grado de escolaridad.

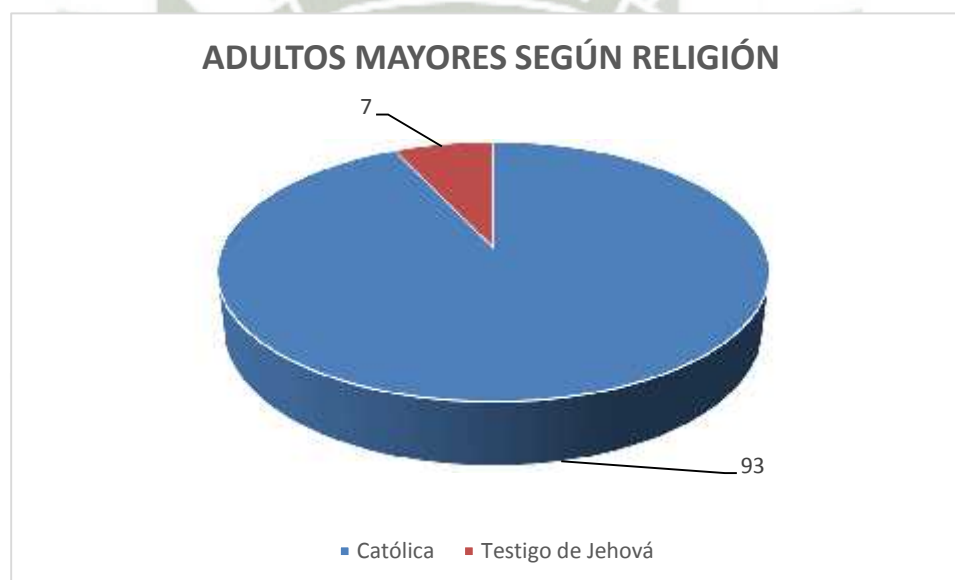
TABLA N° 4

ADULTOS MAYORES SEGÚN RELIGIÓN

Religión	N°	%
Católica	14	93
Testigo de Jehová	1	7
Total	15	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2014

GRAFICO N° 4



Fuente. Tabla N° 4

Según la tabla, los adultos mayores en casi la totalidad profesan la religión católica (93%), solo uno de ellos pertenece a los Testigos de Jehová.

Todos ellos profesan y practican una determinada religión, lo que les ayudaría a llevar una convivencia familiar normal y/o positiva.

TABLA N° 5

ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN ACTUAL

Ocupación	N°	%
Docente	1	7
Sastre	1	7
Predicador	1	7
Presidente del Club	1	7
Ama de Casa	8	51
Cocinera	1	7
Chofer	2	14
Total	15	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2014

GRAFICO N° 5



Fuente. Tabla N° 5

Como se puede apreciar en la tabla, los adultos mayores pertenecientes al Club Sagrado Corazón de Jesús, en mayoría son Amas de Casa (51%); la diferencia representa a las ocupaciones de Chofer (14%) y de Docente, Sastre, Predicador, Presidente del club, cocinera (35% acumulado).

Cabe señalar que son ocupaciones actuales que los tienen ocupados en más de 4 horas diarias.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES

2.1. Dimensión Social

2.1.1. Percepción de los adultos mayores de la integración familiar.

A. Información Obtenida

¿Se siente Ud. a gusto con los miembros de la familia con los que vive?

1. Si... claro son mis hijos, mi hija Nelly falleció y tengo a cargo a mis dos nietos... por eso estoy contento y no me siento solo.
2. No... porque me lastima la indiferencia de mis nietos... me rechazan porque llevo otra religión... mi esposa lo único que me pide es dinero... no me escuchan... no me hacen caso.
3. Vivo con ellos desde que nacieron, yo los quiero pero ellos no me quieren a mí...soy infeliz.
4. Me siento triste porque me siento marginada por mis hijos y mis nietos, ellos hacen su vida aparte... a veces me siento sola... ellos ven por ellos mismos y no por mí, aunque viven conmigo desde que nacieron.
5. Si me siento a gusto porque vivo con mi esposo y uno de mis hijos y todo es tranquilo... no hay problemas... salen a trabajar y se despiden, dicen que me cuide.
6. Si me siento a gusto vivir con mis hijos y nietos... ellos trabajan y hacen su vida aparte “me siento bien”, porque vivo con ellos toda la vida.
7. Vivo a gusto con ellos porque mis hijos y nietos me quieren y me tratan bien.

8. No, porque me siento sola mi hija y mi nieta trabajan y hacen su vida, me lastima su indiferencia, cuando les hablo a veces no me contestan.
9. En el poco tiempo que paso en casa no comparto mucho con mi familia... cada miembro de mi familia hace su vida diferente, pese a que vivo con ellos desde que han nacido.
10. Si me siento a gusto... tengo que hacerlo así porque me pueden hacer algo cuando estoy sola.
11. Bueno, vivo con ellos desde que nacieron y con mi esposo desde muy jovencita, pero a veces me desprecian, mi hija si me quiere.
12. Si me siento a gusto con los miembros de mi familia... mis hijos me tratan bien, me atienden, todo me dan.
13. Sí, porque vivo con mis dos hijas y un hijo... pero a veces tengo inconvenientes con mi yerno... no podemos ponernos de acuerdo.

Siempre he vivido con ellos incluyendo a un hermano mucho mayor.
14. No me siento a gusto porque estoy sola... algunos sobrinos me visitan pero no todos los días... Extraño a mi esposo, el murió hace un año.
15. No me siento a gusto, no soy feliz... no me comprendo con una de mis hijas... con mi otra hija si me llevo bien... me hace sentir inútil... es muy reservada... mis nietos me quieren pero no viven con nosotras porque estudian en el extranjero, son muy indiferentes... Vivo con mis hijas desde hace 10 años... pero quisiera vivir sola.

B. Triangulación de Datos

Percepción de Adaptación al Seno Familiar

- Según las percepciones “Me siento a gusto”... “Me quieren y me tratan bien”... “Vivo con mis hijos y mis nietos desde que nacieron”... “Me siento bien”...

(A.G., 80 años; F.C., 63 años; D.P., 72 años; R.M., 74 años; J.M., 73 años; A.L., 75 años)

- En atención a las percepciones: “Si me siento a gusto, pero temo que me hagan algo”... “si me siento a gusto, pero tengo inconvenientes con mi yerno” “Me siento sola, mi hija y mi nieta trabajan y hacen su vida”... “Sufro la indiferencia de mis nietos” “No soy feliz por la incomprensión de mi hija... me siento inútil”

(R.Q., 80 años; L.V., 82 años; G.V., 77 años; S.R., 80 años; Z.M., 80 años)

- Según las percepciones: “No me siento a gusto... porque estoy sola... Me siento triste porque me siento marginada, mis hijos y nietos hacen su vida aparte... “No porque me lastima su indiferencia”

(F.M., 77 años; C.B., 80 años; G.B., 77 años; A.R., 84 años)

C. Análisis e Interpretación

Los adultos mayores en mayoría se sienten a gusto en sus hogares, se sienten queridos bien tratados y apoyados. En minoría, se sienten a gusto en su convivencia familiar, pero en forma condicional, tienen temor a que los traten en forma diferente. Una minoría significativa no se siente a gusto de la vida familiar, se sienten tristes por la marginación a la que están sometidos.

La información recogida en estos tres niveles ha permitido tener acceso a diferentes formas de la convivencia familiar en lo que se refiere a integración familiar, para así poder construir una percepción de dicha integración adaptación desde las diferentes percepciones.

2.1.2. Percepción de los Adultos Mayores de la Comunicación a nivel familiar

A. Información Obtenida

- ¿Conversa Ud. con sus familiares cómodamente?

1. Si conversamos pero en forma distante porque ellos tienen su propia familia.
2. No, porque cada vez que menciono la palabra “Dios”, me refutan diciéndome que con nombrar a Dios, no gano ni un sol. Me ignoran.
3. Si, en forma agradable... nunca me ha gustado estar enojada o discutir con mis familiares.
4. Sí, pero a veces me gritan porque piensan que no escucho y por eso los reprendo... con mi esposa si me entiendo y no nos gritamos.
5. Si nos comunicamos amigablemente.
6. Conversamos solo a veces por necesidad... esta conversación es distante... en algunas ocasiones, yo trato de sobrellevar las cosas ya que no me gustan los problemas pero no me entienden.
7. Si converso... la conversación es amigable... es agradable.
8. Si conversamos... a veces tengo problemas con mis hijos y nuera... discutimos y no llegamos a ningún acuerdo... luego me hablan.
9. La conversación es forzada... en la mesa nadie me dirige la palabra, ellos conversan... si puedo me salgo a la calle o estoy en mi cuarto... si salen no se despiden y cuando llegan, solo me dicen “abre”.

10. Como estoy sola, no tengo con quien conversar... cuando vienen mis sobrinos si conversamos a veces amigablemente, a veces discutimos por cosas de la casa.
11. La conversación con mi hija y nieta es un poco conflictiva a veces solo me pregunta dónde están las cosas que necesitan... si no les contesto me riñen gritándome.
12. Si, en mi casa converso bien...pero con una hija que vive en Atico cuando conversamos se fastidia... pregunta mucho y de ahí vienen los problemas.
13. Si, conversamos amigablemente... nos entendemos.
14. La conversación es muy de vez en cuando... me hacen sentir mal y sola.
15. Mejor no me pregunte... y comienza a llorar... tengo mucha soledad a pesar que hay 13 personas que viven en mi casa.

B. Triangulación de Datos

- Percepción de la Comunicación familiar

Los adultos mayores perciben que en sus familias no hay comunicación por lo que se sienten marginados de los que acontecen en sus familias.

Adultos Mayores: G.V., 77 años – L.V., 82 años – A.R., 86 años – C.B., 80 años.

Cuatro, refieren que la comunicación con ellos es limitada, solo se da por necesidad, perciben que se molestan.

Adultos Mayores: R.M., 74 años – S.P., 80 años- F.M., 77 años – S.R., 80 años.

En cambio, siete de ellos refieren que si hay comunicación amigable y agradable por lo que se sienten bien.

Adultos Mayores: F.C., 63 años – D.P., 72 años – L.M., 73 años
– A.L., 75 años- A.G 80 años – Z.M 79 años

C. Análisis e Interpretación

El elemento positivo que aporta a la familia a una convivencia armónica con los adultos mayores es la comunicación; desde este punto de vista, los miembros de la familia llevan a cabo una comunicación efectiva a través del mantenimiento de un dialogo amical y sostenido, diálogo extensivo, con mayores precauciones, a los adultos mayores; es decir, que la familia debe cumplir con su papel de normalizador de personas, lo cual tienen impacto en la configuración social familiar, en donde el adulto mayor es la persona más importante. El papel del jefe de la familia, cuando se percibe como positivo se hace desde una concepción ideal acerca de las relaciones interfamiliares.

2.1.3. Percepción de los Adultos Mayores de la toma de decisiones a nivel familiar

A. Información Obtenida

¿Participa en las decisiones que toman sus familiares?

- No, a mí no me toman en cuenta porque ellos dicen que son maduros y hacen su vida aparte.
- A veces cuando quiero intervenir me piden que no intervenga, porque no es mi asunto.
- Si, ellos siempre me consultan lo que van a hacer ... piden siempre mis opiniones.
- A pesar que ellos ya son mayores y cada uno ve por sus cosas, ellos aún me consultan, me preguntan... toman en cuenta las opiniones que doy.
- Sí, me consultan ya que soy la mayor de la familia... trato de sobrellevarlos, ya que no me gustan los problemas.

- A veces me toman en cuenta... en la mayoría de veces no lo hacen... me marginan.
- No, porque ellos dicen que no estoy en edad y condiciones emocionales para opinar por la edad que tengo.
- Yo no sé cuándo se tiene que decidir sobre algo... como no conversan conmigo... no me entero de nada.
- No, ellos hacen las cosas a su manera, mi esposa ya no me consulta nada, porque ellos (mis hijos) me rechazan.
- Si, ya que me consultan sobre cualquier decisión que van a tomar.
- Si ni conversan conmigo... como me voy a enterar de lo que está pasando.
- Si estoy vieja y no sirvo para nada, como van a pedir un consejo.
- A mí no me toman en cuenta para nada.
- Muy de vez en cuando me toman en cuenta... les reclamo y ellos se enojan.
- Solo cuando quieren conseguir algo toman en cuenta mi parecer, mi contestación.

B. Triangulación de Datos

- Percepción en cuanto a la toma de decisiones.

Los adultos mayores prioritariamente, afirman que en sus familias se sienten marginados en muchas cosas o aspectos, dentro de ellos, en sus opiniones para considerarlas en la toma de decisiones, hecho que los hace sentir mal porque una vez más se sienten marginados, sobre todo cuando se trata de aspectos importantes. Su presencia, les son tanto indiferente.

Adultos mayores: A.R., 86 años – G.V., 77 años – C.B., 80 años – L.V., 82 años – A.L., 75 años – A .G, 80 años –Z.M , 79 años.

Una minoría de adultos mayores refiere que interviene en la toma de decisiones en escasas ocasiones; es decir, en situaciones de menor trascendencia y en situaciones difíciles no los considera.

Adultos mayores: R.M., 74 años – F.M., 77 años – D.P., 70 años.

Un grupo importante de adultos mayores manifiestan que en la toma de decisiones en la familia si los consideran, por lo que se sienten bien, ya que valoran su experiencia.

Adultos Mayores: F.C., 63 años – J.M., 73 años – S.R., 82 años – R.E., 80 años.

C. Análisis e Interpretación

Con respecto a la toma de decisiones se percibe la incidencia negativa de la actitud familiar para con los adultos mayores, que en este caso, son los padres, abuelos que merecen no ser marginados. Actitud que se ha constituido en una costumbre estereotipada que afecta a la convivencia familiar y en una fuerte tensión en los adultos mayores y demás miembros de la familia.

2.2. Psicoemocional

2.2.1. Percepción de los adultos mayores acerca de su autoestima

¿Siente Ud. que su familia respeta su edad, y considera sus emociones, le brindan afecto y comprensión?

A. Información obtenida

- Mis hijos que viven conmigo me saludan diciéndome mamita ¿cómo estás? ... te ves linda...me tienen paciencia, hay comprensión entre todos.
- Mis hijos y nietos valoran mi modo de ser... afirman que las cosas que realizo son muy buenas, me respetan.
- En mi casa, valoran mi comportamiento, lo elogian y refieren que estoy joven para la edad que tengo.
- Si lo hacen algunas veces... lo que sí es verdad es que no se preocupan por mí; a veces me ignoran... ellos se preocupan por sus hijos y parejas, creo que solo mis hijos me respetan, mis nietos no.

- No respetan mi edad... muchas veces me gritan porque dicen que no escucho... critican mi modo de hablar... no me quieren.
- Unos hijos consideran que ya no debo trabajar porque me voy a sentir cansada... me ayudan, me apoyan, también me consideran, los otros no.
- Cuando estoy triste, me distraen llevándome a pasear o concediéndome algo que me agrada, me quieren.
- No comparten conmigo... se avergüenzan de mí, no me respetan.
- Me siento sola, no recibo nada, ni amor, no saben lo que pienso.
- No mucho porque mis nietos están estudiando, ellos hacen sus cosas y prefiero no pedir ayuda.
- Se sienten preocupados solo cuando me siento angustiada, después no.
- Como soy de edad, no puedo hacer nada... mi esposo tampoco puede hacer nada, ni decir nada.
- No hay respeto por la edad, no recibo afecto ni siquiera me comprenden.
- Les soy indiferente... me tratan, solo cuando quieren de mí.
- Siempre me respetan, todos me quieren aunque a veces, yo les llamo la atención.

B. Triangulación de Datos

Percepción de los adultos mayores del respeto por la edad y por el estado emocional, por el amor y la comprensión.

Los adultos mayores en significativa mayoría perciben que los hogares de donde proceden, sus hijos y sus nietos fundamentalmente, muestran actitudes y comportamiento de respeto a su condición de adulto mayor, consideran los años que tienen y las consecuencias que estos ocasionan en sus personas.

Asimismo, refieren que los tratan con afecto y cariño, y se preocupan por ellos.

Adultos mayores: A.R., 86 años – C.B., 80 años – L.V., 82 años – A.L., 75 años – Z.M., 79 años..

En menor significancia, los adultos mayores refieren que el respeto a su condición de adulto mayor y a su estado emocional varia, en unas ocasiones sus hijos, sus nietos son muy atentos, amorosos y preocupados por su salud; en otras, se muestran indiferentes, desatentos y descorteses.

Adultos mayores: F.M., 77 años – S.R., 80 años – D.P., 72 años.

Preocupante son las actitudes y comportamientos sobre estos valores, que los adultos mayores perciben en sus hijos y nietos: la falta de respeto, de afecto, de cariño, de apoyo, de protección y de soporte emocional. Como consecuencia, se sienten frustrados, tristes y en algunas ocasiones, la ira los hace reaccionar negativamente como: enojo, crisis de llanto, desesperación y egocentrismo.

Adultos mayores: F.C., 63 años – S.P., 80 años – L.M., 73 años – G.V., 77 años – A.G, 80 años – R.M, 74 años – G.B, 77 años.

C. Análisis e Interpretación

Uno de los elementos inhibidores ligados a los procesos de socialización en la convivencia familiar es la carencia de dos grandes valores: el respeto a la condición personal y el afecto de unos a otros: de personas de diferente edad, de diferente categoría familiar. La significación e interpretación de estas situaciones cotidianas son consideradas negativas o estresantes, debido a que no encajan en el modelo ideal de familia o en las expectativas de cada miembro de las familias investigadas, pasando a reacciones de disgusto, malestar emocional, el deseo de no realización personal, llevando, en este caso, al adulto mayor al negativismo, autoaislamiento, entre otros.

2.2.2. Percepción de los adultos mayores acerca de la expresión de Sentimientos

¿En su hogar Ud. puede expresar sus deseos y dudas?

A. Información obtenida

1. En mi casa, cuando intervengo en las conversaciones no me escuchan... muchas veces me hacen callar y eso me da mucha cólera.
2. Muchas veces quiero decirles algo o preguntar muchas cosas que no conozco y no me contestan, o a veces se burlan de lo que pregunto.
3. Mi deseo es hablarles de Dios, orar con mis nietos, no me escuchan, dicen que de eso ya no se habla... es muy antiguo.
4. Cuando me duele algo, quiero decirles, pero se ríen... dicen que exagero.
5. Cuando yo hablo en mi casa, todos me escuchan y permiten que conversemos en familia.
6. Intervengo en las discusiones de orden religioso y de la vida diaria ... doy mis opiniones, están de acuerdo conmigo.
7. No puedo expresar mis ideas porque yo no escucho, tengo que repetir varias veces para que me escuchen y poder escuchar yo también.
8. En la casa, siempre conversamos con mis hijos pero no con mis nietos.
9. A la hora de comer o en el desayuno quiero decir que no me gusta lo que me han servido, pero no me hacen caso... me da ganas de llorar.
10. Sí, yo pido lo que necesito... y si deseo algo... o si me inquieta algo que no me gusta mis hijos me complacen.
11. Siempre lo hago... mi familia algunas veces me los conceden y otras veces no.
12. Como no converso con mis hijos y menos con mis nietos, no pido nada.
13. Ellos me dan todo... no necesito pedirles.

14. No sé qué decirles... a veces no me dejan que les pida nada.
15. Cuando están de buen humor me contestan y cuando están con coraje ni me escuchan.

B. Triangulación de Datos

En este aspecto, la diferencia de apreciaciones de los adultos mayores es precisa, significativa y preocupante en cuanto a que predominan el aspecto negativo, lo evidencian las referencias de los adultos mayores que afirman que les es muy difícil expresar, hablar, comunicar a sus familiares sus pensamientos y sentimientos con el fin de sentirse escuchados, ya que solo así, estarían seguros de recibir el apoyo, la ayuda y el soporte necesarios para sentirse “integrantes del grupo”

Adultos mayores: A.R., 86 años – G.V., 77 años – C.B., 80 años – L.V., 82 años – A.L., 75 años – F.M., 77 años – D.P., 72 años.

Lo positivo en este caso, lo da los adultos mayores que manifiestan que tanto los hijos como los nietos, si los escuchan, les dejan dar enseñanzas a manera de consejos y sugerencias. Esta situación les produce bienestar, alegría y hasta felicidad.

Adultos mayores: F.C., 63 años – S.R., 82 años – A.G., 80 años – R.M., 74 años.

Solo tres adultos mayores refirieron que casi siempre se disponen a escucharlos, por lo que con facilidad expresan lo que sienten.

Adultos mayores: Z.M., 79 años – G.B., 77 años – L.M., 73 años

En este caso, las dos primeras situaciones definen claramente la positividad y negatividad de este importante elemento en la convivencia familiar.

C. Análisis e Interpretación

Otros de los elementos que caracterizan los papeles esperados que faciliten la convivencia familiar es la expresión de sentimientos. En

términos de dinámica efectiva, en toda convivencia familiar, la expresión de sentimientos de todos y cada uno de los miembros de la familia facilita dicha convivencia fortaleciendo la comunicación, el dialogo, las relaciones inter e intrafamiliares.

En lo relativo a los papeles esperados y asumidos que inhiben la convivencia familiar de los adultos mayores investigados, es la ausencia y/o limitación de la expresión de sentimientos.

2.3. Física

A. Percepción de los adultos mayores acerca de la satisfacción de las necesidades de:

- Alimentación
 - Movilización
 - Eliminación
 - Descanso y sueño
 - Higiene personal
- ¿Los miembros de su familia participan en la satisfacción de su necesidad de alimentación?
1. Si participan ayudándome porque no puedo hacerlo solo/a.
Adultos mayores: F.M., 77 años – D.P., 72 años – S.R., 82 años – G.V., 77 años – S.P., 80 años – A.R., 86 años – I.V., 82 años.
 2. Yo me alimento solo/a Mis hijos me ayudan cuando estoy enfermo/a
Adultos mayores: A.L., 75 años – F.C., 63 años – C.B., 80 años – R.T., 81 años.
 3. No participan mi familia, porque yo estoy en capacidad de alimentarme solo/a
Adultos mayores: L.M., 73 años – R.M., 74 años – A.G., 80 años – Z.M., 79 años.
- ¿Los miembros de su familia participan en la satisfacción de sus necesidades de Movilización?

1. Si participan porque no me puedo mover por la Artrosis
Adultos mayores: L.M., 73 años – R.M., 74 años – A.G., 80 años – F.M., 77 años.
 2. A veces participan, cuando se me hinchan las piernas y porque me duelen las rodillas... esto sucede de vez en cuando y también al subir y bajar las gradas o escaleras.
Adultos mayores: D.P., 72 años – S.R., 82 años – G.B., 77 años – S.P., 80 años – A.R., 86 años – I.V., 82 años.
 3. No participan, yo puedo caminar solo/a... voy a la tienda, al mercado y no me pasa nada.
Adultos mayores: A.L., 75 años – F.C., 63 años – C.B., 80 años – F.M., 77 años – R.T., 81 años.
- ¿Los miembros de su familia participa en la satisfacción de su necesidad de Eliminación tanto vesical como intestinal?
1. Si participan ... me ayudan a ir al baño y en la limpieza de mis genitales
Adultos mayores: D.P., 72 años – S.R., 82 años – G.V., 77 años – S.P., 80 años – A.R., 86 años- L.V., 82 años.
 2. Participan cuando estoy enfermo/a ... cuando yo les pido ... cuando es difícil llegar al baño o en la noche porque me es difícil levantarme.
Adultos mayores: A.L., 75 años – F.C., 63 años – C.B., 80 años – F.M., 77 años – R.T., 81 años.
 3. No participan, puedo valerme por mí mismo.
Adultos mayores: L.M., 73 años – R.M., 74 años – A.G., 63 años – Z.M., 79 años.
- ¿Los miembros de su familia participan en la satisfacción de su necesidad de Descanso y Sueño?
1. Si participan dándome consejos para dormir... pastillas para dormir... cuidando de no hacer ruido... indicándome que tengo que descansar.
Adultos mayores: D.P., 72 años – S.R., 82 años – G.V., 77 años – S.P., 80 años – A.R., 86 años – L.V., 82 años
 2. Solo participan cuando me quejo que no puedo dormir ... cuando necesito descansar.

Adultos mayores: L.M., 73 años – R.M., 74 años – A.G., 80 años – Z.M., 79 años

3. No participan porque duermo bien

Adultos mayores: A.L., 75 años – F.C., 63 años – C.B., 80 años – F.M., 77 años – R.T., 81 años.

- ¿Los miembros de su familia participan en la satisfacción de su necesidad de higiene personal?

1. Si participan porque no puedo bañarme solo... porque no puedo moverme... porque me es difícil lavarme la cabeza y cortarme las uñas... porque yo no realizo mi higiene.

Adultos mayores: D.P., 72 años – S.R., 82 años – G.V., 77 años – S.P., 80 años – A.R., 86 años – L.V., 82 años.

2. A veces participan cuando estoy enfermo/a ... cuando ven que no me baño varios días ... cuando me ven con la ropa sucia.

Adultos mayores: A.L., 75 años – F.C., 63 años – C.B., 80 años – F.M., 77 años – R.T., 81 años.

3. No participan porque yo puedo realizar mi higiene ... porque yo no quiero ... porque son indiferentes, no les importa.

Adultos mayores: L.M., 73 años – R.M., 74 años – A.G., 80 años – Z.M., 79 años.

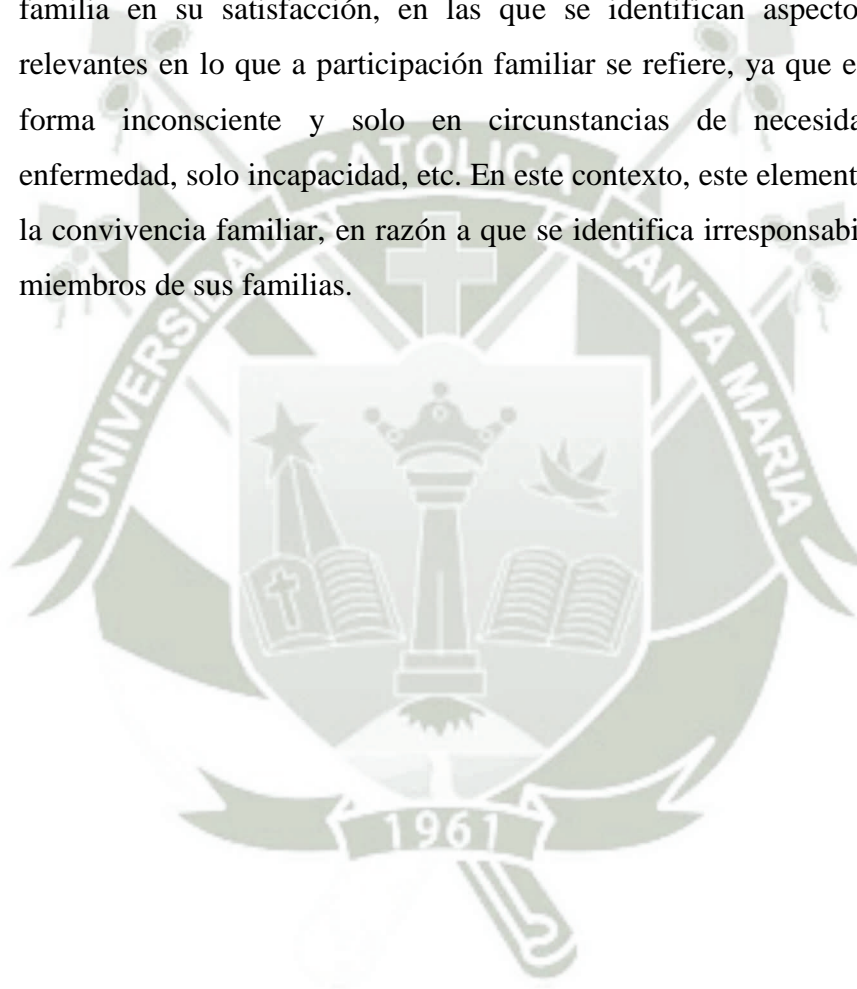
B. Triangulación de Datos

En las necesidades investigadas los adultos mayores en forma significativa satisfacen sus necesidades físicas por sí solo, necesitan de escasa ayuda, sus limitaciones biofísicas son mínimas, pero si necesitan de supervisión, de vigilancia para que las puedan satisfacer plenamente. Los adultos mayores, si necesitan de ayuda para la satisfacción de las necesidades biofísicas por la edad que poseen, por sus limitaciones físicas y por las enfermedades propias de la vejez que presentan.

Un grupo de no menos importantes de adultos mayores si necesitan ayuda y orientación continua en la satisfacción de las necesidades biofísicas, a fin de conseguir en ellos estilos de vida saludables.

C. Análisis e interpretación

La convivencia familiar está determinada por procesos sociales, tradicionales, hábitos, conductas y comportamientos de las personas integrantes de la familia que conllevan a la satisfacción de las necesidades básicas humana para alcanzar calidad de vida. En cuanto a las necesidades básicas de alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene personal en el presente estudio, los adultos mayores, en las entrevistas programadas refirieron versiones en relación a la participación de los miembros de su familia en su satisfacción, en las que se identifican aspectos negativos relevantes en lo que a participación familiar se refiere, ya que esta se da en forma inconsciente y solo en circunstancias de necesidad urgente: enfermedad, solo incapacidad, etc. En este contexto, este elemento no facilita la convivencia familiar, en razón a que se identifica irresponsabilidad de los miembros de sus familias.



CONCLUSIONES

- PRIMERA** : En las familias de los adultos mayores investigados, la ausencia y/o limitaciones de la integración familiar, comunicación, intervención en la toma de decisiones hacen imposible el desenvolvimiento de la convivencia familiar.
- SEGUNDA** : La ausencia y/o disminución de la autoestima y la limitación de la expresión de sentimientos de los adultos mayores investigados dificultan el proceso normal de convivencia familiar.
- TERCERA** : La participación familiar en la satisfacción de las necesidades físicas no facilita la convivencia familiar, en razón a que se identifica irresponsabilidad de los miembros de la familia.
- CUARTO** : En las familias de los adultos mayores investigados, la ausencia y/o limitaciones sociales, limitaciones psicoemocionales y físicas dificultan el proceso normal de convivencia familiar.

RECOMENDACIONES

1. Que los Directivos del Centro de Salud Alto Selva Alegre de Arequipa, incluyan dentro de los programas asistenciales y educativos, la temática relacionada a tres aspectos importantes: convivencia familiar, familia e integración familiar. Temas a desarrollar a través de talleres con la participación de la familia, a fin de lograr en ellos un bienestar físico, psicoemocional y social. Eventos que requieren de una seria planificación, implementación, ejecución y evaluación periódica, según necesidades de la población.
2. Que, el Profesional responsable del Club del Adulto Mayor “Corazón de Jesús” perteneciente al Centro de Salud Alto Selva Alegre, implemente un programa de supervisión dirigida a las familias de los adultos mayores miembros del club, en cuanto al desenvolvimiento de la convivencia familiar con el fin de orientar, informar y educar sobre lo positivo de una eficaz convivencia familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adrián Jean-Dotus Jacques. (2000) España. Análisis situacional de los adultos mayores. España: Editorial Acribia.
2. Agudelo, C. (1992) Municipios saludables: Una oportunidad para las estrategias del bienestar, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
3. Albarrán Echeverría S. (2001). Evaluación del estado psicológico. En Psicología en Geriátrica. México: Abbot. Laboratories.
4. Bayarre, V. H. D. (2009) “Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana”, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 35, núm. 4, pp. 110-116.
5. Borja, H. D. P. (2009) Vivencia del apoyo familiar. Programa Ambulatorio de Adultos Mayores, tesis de grado, Ciudad Bolívar, Bogotá.
6. Bosch, M. J. (2006) “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, Architecture, City an Environment, vol. 1, núm. 1, pp. 80-101.
7. Cecil L. (2002) Tratado de Medicina Interna. 20 Edición Editorial Interamericana S.A., Barcelona.
8. Darnton, H. I. (1995) “El envejecimiento con salud y la calidad de la vida”, Forum Mundial de la Salud, vol. 16, núm. 4, pp. 381-391.
9. De la Mata Pizaña, F. y Garzón Jiménez, R. (2007). Sociedades de convivencia. México: Porrúa.
10. Diccionario Enciclopédico Lexus, Pinter. (2003). Colombia: Colombiana S.A.
11. Fadda, G., Jirón, P., y Cortés, A. (2005) Diferencias en la calidad de vida en el centro y periferia de Santiago. Incidencia de las políticas públicas, ponencia presentada en el Seminario Internacional Alfa_Ibis/Rideal - “Explorando Nuevos Conceptos sobre la Periferia Urbana”, Santiago de Chile.
12. Fernández Ballesteros, R. (1998) “La calidad de vida: Las condiciones

- diferenciales”, *La Psicología en España*, vol. 2, núm. 1, pp. 57-65.
13. García Viniegras, C. R. V., y González, B. I. (2000) “La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 16, núm. 6, pp. 586-592.
 14. Grau Abalo, J. (1998) *Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación*, conferencia en la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud, Cali, Colombia, pp. 28 y 29.
 15. Hurtado Muñoz, Oscar y Colaboradores. (2000). *Enfermedades y la Tercera Edad*. Revista Diálogo Médico N° 6 Agosto.
 16. Isaacs, David. (2012). *Virtudes para la convivencia familiar. Vivir unidos y dejar vivir*. Colombia: EUNSA.
 17. Korc, E. M. (2005) *Vivienda saludable: Enlace entre la investigación y las políticas públicas*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS/PWR.
 18. Lucas, C. R. (2007) “Cuestionarios genéricos”, en WHOQOL (eds.), *Manual Separ de procedimientos*. Barcelona: Publicaciones Pemaner, pp. 16-22.
 19. Mora, M., Villalobos, Delia, Araya, G., y Ozo, A. (2004) “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”, *Revista salud*, vol. 1, núm. 1.
 20. Núñez, M. B., y Álvarez, C. D. (2009) “El desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales”, *Estudios Jaliscienses*, núm. 75, pp. 21-31.
 21. OMS/OPS (1999) *Políticas de salud en la vivienda, documento de posición de la OPS-División de Salud y Ambiente*. Washington, DC/La Habana, Cuba: OMS/OPS.
 22. Ruiz, V. G. (2006) “Vivienda vertical, un mercado en ascenso”, *Público*, Guadalajara.
 23. Solano, B. T. (1997) *¿Cuál calidad de vida? En el mejor de los casos está súper deteriorada*, documento periodístico, Medellín, Colombia.

24. Torres, H. M., Quezada, V. M., Rioseco, H. R., y Ducci, V. M. E. (2008) “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, Revista Médica, vol. 136, núm. 3, Santiago de Chile, pp. 325-333.
25. Verdugo, A. M. A. (2008) “Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo”, The concept of quality of life in human services: A handbook for human services practitioners, Universidad de Salamanca (en prensa).
26. Vidal, Gustavo. (2001). "Anatomía y Fisiología: 3ra. Ed., España: Stella Vismonte.

Páginas de internet

27. Convivencia familiar: una lectura aproximativa desde elementos de la Psicología Social.
http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_8/vol.4no.2/articulo_15.pdf.
28. Gerald R. Patterson. Aprende a convivir en familia.
http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/gerald_r_patterson_aprenda_a_convivir_en_familia_families.pdf



ANEXO

ENTREVISTA A LOS ADULTOS MAYORES

CÉDULA DE PREGUNTAS

Información general

a) ¿Qué edad tiene usted?

60 – 64 años ()

65 – 69 años ()

70 – 74 años ()

75 – 80 años ()

b) ¿Su género es?

Masculino ()

Femenino ()

c) ¿Cuál es su grado de instrucción?

Primaria ()

Secundaria ()

Universidad ()

Sin instrucción ()

d) ¿Qué religión profesa? _____

e) En que se ocupa _____

1. Social

1.1. Composición Familiar

- ¿Se siente usted a gusto con los miembros de su familia con los que vive?

- ¿Hace cuánto tiempo vive con ellos?

1.2. Comunicación

- ¿Conversa cómodamente con sus familiares?

1.3. Participación en la toma de decisiones

- ¿Participa en las decisiones que toman sus familiares? Por ejemplo:

2. Psicoemocional y Espiritual

2.1. Autoestima del adulto mayor

- ¿Siente que su familia respeta su edad y considera sus emociones? ¿Cómo?

- ¿Cómo se considera esta edad?

2.2. Expresión de sentimientos

- ¿Siente satisfacción espiritual?

2.3. Respeto, amor y comprensión

- ¿Siente que su familia le expresa o demuestra afecto y respeto? ¿Cómo?

3. Física

3.1. Movilización

- ¿Recibe ayuda de su familia para trasladarse dentro o fuera de su casa?
¿Quién lo acompaña?

- ¿Cuál es su rutina diaria?

- ¿Realiza paseos? ¿Con quién?

3.2. Alimentación

- ¿Tiene dificultad para alimentarse?

3.3. Descanso y sueño

- ¿Duerme bien durante la noche?

3.4. Eliminación

- ¿Micciona normalmente, tiene escape de orina o ardor al orinar?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Yo de
años de edad, identificado con DNI y con domicilio
..... habiéndome
explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: LA CONVIVENCIA
FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB “CORAZÓN DE JESÚS”.
CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2014

Dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anterior señalado y estando en pleno uso de mis facultades
mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma

Huella digital





CONSTANCIA

El que suscribe Dr. Woodward Paja Callo, Medico Jefe de la Micro Red Alto Selva Alegre, perteneciente a la Red N° 405 Arequipa-Caylloma, hace constar que las señoritas:

KATHERINE MARGOT CANAZAS GUTIERREZ
ADA BEATRIZ CARBAJAL PINTO

Realizaron la aplicación de instrumento del tema de investigación "Convivencia Familiar en los Adultos Mayores del Club de Sagrado Corazón de Jesús" en el C.S. Alto Selva Alegre.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que crea por conveniente.

Arequipa, 01 de Julio del 2015



DR. WOODWARD PAJA CALLO
JEFE DE MICRO RED
ALTO SELVA ALEGRE

c.c.
archivo
WPC/lvp



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax:(51 54) 251213 ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

INFORME N° 0401 -CB- 2015

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0401

Fecha : 3 de septiembre de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB "CORAZÓN DE JESÚS". CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE. AREQUIPA, 2014

Autor(es):

CARBAJAL PINTO ADA BEATRIZ/CANAZAS GUTIERREZ KATHERINE MARGOT

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **23 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería
RECEPCIÓN 1290
FECHA: 03 SEP 2015
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
BIBLIOTECA CENTRAL
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA
Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Música







