

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE “BUEN JESUS” –AREQUIPA 2012

Tesis presentada por las Bachilleres:

KELLY FLORES TORRES
MAYRA ISABEL VASQUEZ HERNANI

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ
2013

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: **NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE “BUEN JESUS” –AREQUIPA 2012.** 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 2013

Kelly Flores Torres

Mayra Isabel Vasquez Hernani



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

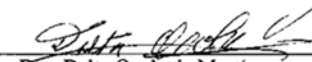
Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL
ALBERGUE "BUEN JESÚS". AREQUIPA, 2012.**

Bachilleres: KELLY FLORES TORRES
MAYRA ISABEL VASQUEZ HERNANI

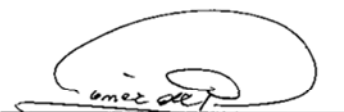
Fecha : Arequipa, 15 de Noviembre del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de *investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.*

Atentamente,


Dra. Delta Ocola de Martinez
Presidenta


Lic. Nancy Tejada de Riveros
Secretaria


Dra. Gloria Núñez de Pinto
Miembro Integrante

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Lic. Concepción Arizaga Tovar
Docente Asesora de Tesis

FECHA : Arequipa, 04 de octubre del 2013

INVESTIGADORAS : Señoritas Bachilleres:
Kelly Flores Torres
Mayra Isabel Vásquez Hernani

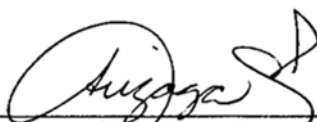
ANTECEDENTES : La investigación:
**“NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS
MAYORES DEL ALBERGUE “BUEN JESÚS” –
AREQUIPA 2012”**

La asesoría pertinente contó con sesiones de tutoría desde la asignación, tiempo en el que se revisó tanto el Planteamiento Teórico como el Planteamiento Operacional acorde al avance del método científico en cada una de sus fases, de los instrumentos aplicados y del diseño de investigación establecido.

APRECIACIÓN PERSONAL:

- La investigación realizada constituye un aporte al cuidado integral en la salud de los adultos mayores.
- Las señoritas tesistas demostraron estar motivadas para el logro de la presente, manifestando gran empeño con el que superaron diversos obstáculos, apoyadas en su seriedad, entusiasmo, alegría, sensibilidad y responsabilidad en la consecución de su objetivo.
- Los resultados presentan un hallazgo importante para el fomento de la calidad de vida de los Adultos mayores, el que deberá tomarse en cuenta y ampliar su estudio.

Atentamente,



Concepción Arizaga Tovar
Docente Asesora

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

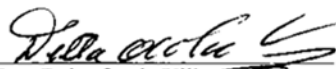
Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS
DEL ALBERGUE "BUEN JESÚS", AREQUIPA 2012.**


Alumnas: *FLORES TORRES, Kelly*
VASQUEZ HERNANI, Mayra Isabel

Fecha : Arequipa, 17 de Julio del 2012

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,


Dra. Delta Oeeta Villanueva
Jurado Dictaminador


Lic. Nancy Tejada de Riveros
Jurado Dictaminador

Agradecemos a Dios por bendecirnos, porque hiciste realidad nuestro sueño anhelado.

A nuestra alma mater la Universidad Católica de Santa María, por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra Decana Mgter. Ruth Romero de Rodríguez y a nuestras docentes por su gran esfuerzo y dedicación, que con sus conocimientos, sus experiencias, su paciencia y su motivación han logrado que podamos lograr nuestros estudios con éxito.

A nuestro jurado dictaminador Dra. Delta Ocola de Martínez, Lic. Nancy Tejada de Riveros y Dra. Gloria Nuñez de Pinto, por su rectitud en la profesión como docentes, porque nos ayudaron a formarnos como estudiantes, personas y profesionales.

Un agradecimiento especial a la Dra. Teresa Chocano Rosas y Lic. Miriam Delgado Valdivia, por haber aportado con un granito de arena a nuestra formación, por sus consejos, sus enseñanzas y más que todo por su valiosa amistad.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, ánimos y apoyo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas están aquí y otras en nuestros recuerdos y nuestros corazones, para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

Kelly y Mayra


Dedico este trabajo a Dios, quien me ha dado fortaleza para continuar con la humildad y sencillez de mi corazón.

*A mis padres **Pablo y Mirtha**, quienes me han sabido formar con buenos sentimientos, valores y hábitos, lo cual me ha ayudado a salir adelante y comenzar a lograr unos de mis retos.*

*A mi hermana **Jazmín**, primos quienes colaboraron con su cariño incondicional.*

Dios los bendiga.

Mayra



*Dedico este trabajo a Dios, por el don de la vida y el esfuerzo de mis padres **Jorge y Nora**, que me apoyaron incondicionalmente por su paciencia y ejemplo de superación que hicieron de mí una mejor persona.*

*A mis abuelitas **María y Alcira**, tíos, primos y familia en general que me dieron ánimos para seguir adelante también a mi abuelito **Jorge** por su confianza y su fortaleza que demostró hasta el último momento, eso hizo que de una u otra manera haya contribuido para el logro de mis objetivos.*

Kelly

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	06
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCION	09

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Enunciado del Problema	10
1.2 Descripción del Problema	10
1.3 Justificación	12
2. OBJETIVOS	13
3. MARCO TEÓRICO	13
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	44
5. HIPÓTESIS	45

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	46
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
2.1. Ubicación Espacial	47
2.2. Ubicación Temporal	48
2.3. Unidades de Estudio	48
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	49
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG
1. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SOLEDAD SOCIAL “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	50
2. POBLACION DE ESTUDIO SEGUN EDAD Y NIVEL DE SOLEDAD “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	51
3. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO Y NIVEL DE SOLEDAD “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	52
4. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONFORMACION DE FAMILIARES Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL. “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	53
5. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL. “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	54
6. POBLACION DE ESTUDIO SEGUN ESTADO CIVIL Y NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL. “NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”	55

RESUMEN

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE “BUEN JESUS” –AREQUIPA 2012

Presentado por las Bachilleres en Enfermería, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Precisar los niveles de soledad social en Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS”
- Determinar cuál de los niveles de soledad social es de mayor frecuencia en los Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS”.
- Precisar quienes presentan mayor nivel de soledad social según género en los Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS”

HIPOTESIS

Dado que el proceso de envejecimiento es una etapa de la vida en la que se presentan cambios físicos y conductuales, considerándose un fenómeno complejo y multidimensional en la que los adultos necesiten de soporte y apoyo familiar.

Es probable que los adultos mayores del sexo femenino del Albergue “Buen Jesús” presenten niveles de soledad social alta.

METODOLOGÍA

Se utilizó para la variable de niveles de soledad social la técnica de la entrevista y como instrumento la cedula de entrevista (escala de soledad social: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el cual fue aplicado a 60 adultos mayores del albergue Buen “Jesús”.

CONCLUSIONES

Primera: Los adultos mayores del Albergue “Buen Jesús” presentan nivel de soledad social alto; en relación a la edad se encuentra de 78 a más, sexo masculino, con procedencia de otros ciudades con conformación de familiares esposa e hijos con estado civil casado.

Segunda: El nivel de soledad social más frecuente en los Adultos Mayores del Albergue “Buen Jesús” es el nivel alto.

Tercero: Los Adultos Mayores del Albergue “Buen Jesús” presentan un mayor nivel de soledad social en el de género masculino.

RECOMENDACIONES

1. Según los resultados se recomienda que acción coordinada entre el administrador, la enfermera y la asistente social del albergue “Buen Jesús” se elabore nuevos planes de atención integral, acciones educativas a cada uno de los familiares de los adultos mayores para disminuir los niveles de soledad social.
2. Se recomienda a la enfermera encargada del Albergue “Buen Jesús” realice coordinaciones con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para realizar la atención integral del Adulto Mayor.

KELLY FLORES TORRES
MAYRA ISABEL VASQUEZ HERNANI

Arequipa – Perú
2013

ABSTRACT

LONELINESS LEVELS IN SENIORS SOCIAL HOSTEL "GOOD JESUS"-Arequipa 2012

Presented by the Bachelors in Nursing for Professional Title LICENSED NURSING CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Telephone 251210; Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

OBJECTIVES

- Specify the levels of social loneliness Elderly Hostel "Good Jesus"
- Determine which level of social loneliness is most often in the Elderly at the shelter "Good Jesus".
- Specify those with higher levels of social loneliness by gender in the hostel Older Adults "Good Jesus"

Hypothesis

Since the aging process is a stage of life in which physical and behavioral changes occur, considering a complex and multidimensional in which adults need support and family support.

It is likely that older females the Hostel "Good Jesus" present high levels of social loneliness.

METHODOLOGY

Was used for variable levels of social loneliness interview technique as the writ of interview instrument (social loneliness scale: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), which was applied to 60 elderly Hostel Good "Jesus ".

CONCLUSIONS

First : Older adults of the Hostel " Good Jesus " loneliness displaying high social level , in relation to the age of 78 is more male, Sources of other cities with family shaping wife and children with married status .

Second : The level of social loneliness more common in the Hostel Older Adults " Bom Jesus " is the high level.

Third, the Hostel Older Adults " Good Jesus " have a higher level of social loneliness in the male.

RECOMMENDATIONS

1. According to the results it is recommended that coordinated action between the administrator , nurse and social worker at the shelter " Good Jesus" develop new comprehensive care plans , educational activities to each of the families of older adults to decrease the levels of loneliness social .
2. It is recommended that the nurse in charge of the Hostel " Good Jesus " make coordination with the Dean of the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria for comprehensive care of the Elderly .

KELLY FLORES TORRES
MAYRA ISABEL VASQUEZ HERNANI

Arequipa – Perú
2013

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presenta las mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población, por los padecimientos crónicos degenerativos que se concentran en este grupo de edad avanzada. Ameritando esta situación una atención médica de larga duración, atención por parte de personal especializado, uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos, asociados a periodos de hospitalización más prolongados. En la actualidad las instituciones de salud han ampliado sus funciones, de tal forma que realizan acciones que antes estaban destinadas a la familia. Aun cuando se han creado círculos de ancianos para poder mantenerlos activos mientras los familiares realizan sus labores cotidianas y existen albergues para quienes no pueden cuidar de su familiar; en las instituciones de salud, se encuentran adultos mayores hospitalizados y abandonados, temporal o definitivamente por los familiares que argumentan verdaderos o falsos problemas de salud. También el acceso a los servicios de salud para recibir atención médica, que se traducen en los bajos salarios para los trabajadores de la salud, horarios de atención limitados, deficientes recursos para el desempeño laboral, burocratismo y deficiencias en la infraestructura, lo que impide satisfacer la demanda de atención y redonda en la calidad del servicio

Las diferencias culturales, están dadas dentro de un contexto social estructurado e históricamente definido, el cual impacta en los individuos de manera diferente en la forma de comunicarse, de ver y hacer las cosas, y en su estilo de vida, ya que la cultura puede influir en el modo de enfermar, de percibir el proceso de salud-enfermedad y de buscar atención médica; Afirmando con esto, que los sistemas de valores y creencias vigentes en una sociedad regulan la trama de las relaciones sociales y familiares, define las conductas de los actores y regula sus acciones y emociones. Estos mismos no surgen de manera espontánea e individual, sino que van construyéndose con el tiempo, dentro del marco social en que el individuo se va desarrollando

Por ello, el presente estudio pretende conocer la percepción del adulto mayor en cuanto a los niveles de soledad social en el Albergue EL BUEN JESUS de AREQUIPA, sugiriendo propuestas de intervención que contribuya a disminuir el índice de adultos mayores abandonados. El contenido de dicho estudio está organizado en tres capítulos: El primero contiene el Planteamiento Teórico, el segundo el Operacional y el tercero los Resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Niveles de soledad social en Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS” –
AREQUIPA 2012

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. Campo, Área y Línea

- **Área** : Ciencias de la Salud
- **Campo** : Enfermería del Adulto Mayor
- **Línea** : Salud Mental

1.2.2. Análisis de Variables e indicadores:

Variable Única: Niveles de Soledad Social

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Edad 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 - 65 • 66 – 71 • 72 -77 • 78 a mas
	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de familiares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esposa ▪ Hijos ▪ Hermanos ▪ No tiene ▪ Otros familiares
	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de Procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Arequipa • Puno • Cuzco • Otras ciudades
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Conviviente
	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de apoyo social • Uso de nuevas tecnologías • Índice de participación Subjetiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto

1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son los niveles de soledad social en Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS”?
- ¿Cuál de los niveles de soledad social es el más frecuente en los adultos mayores del Albergue “BUEN JESUS”?
- ¿Quiénes presentan mayor nivel de soledad social según género en los Adultos Mayores del Albergue “BUEN JESUS”?

1.2.4. TIPO Y NIVEL DE PROBLEMA

- **Campo** : De Campo
- **Tipo** : Descriptivo
- **Corte** : Transversal

1.3. JUSTIFICACION

Para la Organización Mundial de Salud una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

La soledad social es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones. La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas y psicológicas. Además de las definiciones que encontraremos es importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, etc.

Los ancianos tienen una misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. y es así que debe respetarla como tal, en esta etapa los ancianos experimenta muchas formas de vivir ya sea con familiares o amigos pero también tenemos que decir que vive una soledad.

La investigación tiene relevancia científica y humana porque aportara nuevos conocimientos en este proyecto de tal manera que involucran esfuerzos e

iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

2. OBJETIVOS

- Precisar los niveles de soledad social en Adultos Mayores del albergue “BUEN JESUS”
- Determinar cuál de los niveles de soledad social es de mayor frecuencia en los Adultos Mayores del Albergue “Buen Jesús”
- Precisar quienes presentan mayor nivel de soledad social según género en los Adultos Mayores en el Albergue “Buen Jesús”

3. MARCO TEORICO

3.1 INICIOS DE LA GERIATRÍA

Desde la década de los setenta se vienen desarrollando programas de formación en atención geriátrica especializada en algunas universidades nacionales, tanto en la carrera de Medicina como en la de Enfermería.

En la ciudad de Arequipa la Universidad Nacional de San Agustín, a través del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, creado en 1979, desarrolla, entre sus actividades, Programas del Adulto y del Adulto Mayor y en proyección social, campañas psicológicas de Atención a Niños, Adultos y Adultos mayores. En la Universidad Católica Santa María, el Programa de Enfermería incluye, entre sus objetivos, orientar sus acciones al cuidado de las necesidades humanas de la mujer, del recién nacido, del niño, adolescente, adulto joven y adulto mayor en estados agudos, crónicos y críticos.

El centralismo ha determinado que la mayoría de instituciones para la atención

geriátrica se encuentren concentradas en Lima. Sin embargo, en los últimos años, la Seguridad Social ha venido desempeñando una activa labor estableciendo servicios de atención geriátrica y centros de esparcimiento, en las principales ciudades del país.

Por Decreto Supremo en el 2002 se aprobó el “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006” con el objetivo de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios de salud, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional y la generación de oportunidades para una vida armónica con la familia y la comunidad. La coordinación, seguimiento y evaluación del mencionado Plan Nacional está a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES).

Además del Plan Nacional, el Ministerio de Salud considera la atención según las etapas de ciclo vital, desarrollando normas para la atención del adulto mayor en el marco de un modelo integral de atención de la salud.

El 26 de agosto, día del fallecimiento de Santa Teresa Jornet Ibars, cofundadora de la Orden de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, ha sido instituido como el Día del Anciano Peruano.

3.2. LA INTERVENCION PROFESIONAL SEGÚN EL MODELO HERNDERSON

La autonomía se entiende como la capacidad de un hombre o mujer de desarrollar actividades en la medida en que lo desea.

Este concepto integra elementos sociales, culturales y económicos, además de los relativos estrictamente a la salud física o psíquica. Es un concepto amplio, que demanda del sujeto una serie de capacidades personales o recursos que le permitan desarrollar aquello que desea.

Enfatizar sobre lo que desea es determinante para comprender en su totalidad este concepto de autonomía y discriminar que participación profesional se debe desarrollar

para garantizar esta globalidad que marca el concepto. Es un concepto difícil de trabajar de forma operativa, por lo que se ve la necesidad de trabajar con indicadores negativos o de dependencia.

Así, una persona con un alto grado de autonomía puede ser más o menos dependiente, en función de la provisión de servicios que tenga a su alcance.

Si se toma como referencia el modelo de Virginia Henderson, el rol fundamental de la enfermería consiste en “ayudar al individuo enfermo o sano a conversar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pudiera cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o posea los conocimientos necesarios. Desde el punto de vista profesional nuestras actuaciones, siempre deberán ir encaminadas a que recupere la independencia lo más rápidamente posible.”

En las 14 necesidades con las que trabaja el modelo, el concepto de necesidad se define como “la necesidad vital de todo ser humano de eliminar, minimizar o controlar todos aquellos factores y/o variables que interactúan en su dinámico vital”. Se trata, pues, de controlarlos de una forma adecuada para garantizar los requisitos básicos que permiten al individuo ser independiente respecto a cada una de los mismos. La necesidad como el requisito básico que cada individuo tiene que cubrir para dar respuesta a su integridad como persona. No todas las necesidades pueden ser consideradas como de supervivencia, pero todas se valoraran como indispensables para la integridad de la persona.

La relación de ayuda es otro de los elementos fundamentales sobre los que es necesario reflexionar a la hora de intervenir con los mayores. La relación de ayuda significa una interacción con el paciente y/o familiar que va más allá de la simple comunicación o empatía con su problema. La relación de ayuda esta en íntima conexión con la idea de confort, bienestar, ayudar a disminuir los miedos, la ansiedad de ayudar a aceptar una situación determinada desde la propia piel.

Las situaciones de hospitalización temporal suelen corresponderse con acciones puramente curativas, desconectadas de su entorno y de sus hábitos. Tienen como objetivo solventar la situación crítica que provoco la institucionalización, pero suelen olvidar la dinámica habitual de la persona.

En esta misma línea, reseñar que la enfermedad no debe ser el estado permanente de la persona mayor: los procesos de alteración de salud pueden ser reversibles si la actuación profesional es adecuada y se interviene de forma preventiva.

3.3. SOLEDAD

Soledad significa aislamiento o confinamiento, falta de contacto con otras personas. Puede tener origen en diferentes causas, como la propia elección del individuo, una enfermedad contagiosa, hábitos socialmente no aceptados u otras como la situación social o laboral del individuo. La soledad durante períodos cortos es a veces valorada como un momento en el que trabajar, pensar o descansar sin ser distraído. Puede también buscarse por privacidad. Por otra parte, la soledad durante períodos más largos suele ser vista como desagradable, causando aislamiento y reclusión, resultado de una incapacidad de establecer relaciones con los demás. Sin embargo, para alguna gente no es algo deprimente: los monjes la ven como una forma de iluminación espiritual.

Debe hacerse una distinción entre la soledad física y mental. Un individuo puede buscar soledad física para eliminar distracciones, concentrarse o meditar más fácilmente. Aun así, no es el fin en sí mismo, y una vez se alcanza suficiente capacidad para ignorar las distracciones, la gente se vuelve menos sensible a las mismas y puede mantener la concentración.

3.3.1. SENTIMIENTO DE SOLEDAD

A. El aislamiento familiar

- **La lejanía residencial de los hijos**

La lejanía de los hijos, y sobre todo del apoyo instrumental y emocional que dejan de suministrar, incrementa en gran medida el riesgo de que se produzcan momentos o episodios de soledad subjetiva. Los propios mayores no dudan a la hora de reconocer que la distancia constituye un factor que disminuye la frecuencia relacional con la familia, aunque tienen asumido que se trata de una situación inevitable dada las obligaciones laborales de los hijos, mostrando de esta guisa su lamento pero a la vez su conformismo y su resignación.

Sin que ello signifique realizar una crítica a los hijos, muchos mayores recuerdan Épocas pretéritas y culpan a los nuevos tiempos del sacrificio que exigen en términos de convivencia familiar debido a la segregación de sus miembros por motivos laborales. Subyace en el fondo una postura de queja hacia la realidad social de nuestros días y más en concreto a la tendencia al aislamiento que observan en otras muchas familias. De ahí que suele echarse la vista atrás manifestándose un hondo sentimiento de nostalgia hacia las relaciones familiares en el pasado, caracterizadas según se piensa por sus mayores niveles de frecuencia y unidad.

- **Las personas mayores sin descendencia**

Lo que definimos como aislamiento familiar, no obstante su ejemplo más representativo en el caso de las personas mayores que carecen de hijos. La desaparición del cónyuge, cuando no se tiene descendencia, se antoja un suceso especialmente duro ya que quienes lo sufren deberán afrontar el resto de sus vidas sabiendo que no podrán disfrutar del apoyo material y emocional que para otras muchas personas constituyen los hijos. El hecho de no contar con el recurso filial agrava todavía más las sensaciones de indefensión y de incertidumbre respecto al futuro que temen muchos mayores, según serán éstas descritas en próximos apartados. En lo que queremos subrayar ahora, se piensa que *los hijos son los hijos*, aunque éstos no vivan cerca sino que se residan a cientos de kilómetros de distancia. Saber que se puede contar con ellos, aunque en la actualidad los mayores desarrollen una vida en solitario, aporta un consuelo y un apoyo moral muy apreciados. Ello no significa que todos estos casos que estamos refiriendo de personas sin descendencia carezcan de vida familiar o se encuentren desamparados en el presente o en el futuro.

- **La insatisfacción con las relaciones familiares**

Otro factor capaz de motivar la aparición de la soledad en las personas mayores es la pobreza de sus relaciones familiares, de modo especial aquellas que se establecen con los hijos.

El déficit que perciben en lo que hace tanto a la cantidad como, sobre

todo, a la intensidad de los vínculos familiares representa para ellos un importante motivo de insatisfacción. En estos contextos, las posibilidades para que surja el sentimiento de soledad se elevan en gran medida, ya que probablemente no exista aspecto más negativo para el bienestar emocional de las personas que unas malas relaciones con la familia.

Cuando además de no transmitirse informaciones tampoco se manifiesta hacia las personas mayores la más mínima muestra de ternura y afecto, capaz de infundirles nuevas ilusiones y expectativas en la vida, la sensación de distanciamiento con respecto a los hijos y a la familia en general puede acabar determinando sus relaciones.

Como consecuencia de ello, suelen generarse profundos sentimientos de estorbo, desamparo, aislamiento y soledad en las personas mayores.

- **La insolidaridad y los conflictos familiares**

La escasez de apoyo que reciben —sea real o percibido— desde la familia es capaz de motivar entre las personas mayores una profunda sensación de abandono.

En efecto, aunque desarrollen una vida cotidiana con total autonomía, éstas necesitan saber que podrán contar con la ayuda de los familiares cuando lo necesiten. Es por ello que si llegan a sufrir o siquiera a observar signos de desatención, la tristeza puede afectar a su estado de ánimo, por lo que el riesgo de verse afectados por el problema de la soledad es ciertamente elevado.

La existencia de conflictos habituales en el seno de la familia, por ejemplo entre unos hijos y otros, repercute muy negativamente sobre las relaciones que las personas mayores mantienen con los mismos. Si el ambiente familiar está cargado de problemas e intereses, el miedo a ser recriminados por los hijos puede condicionar sus estrategias relacionales. Por ejemplo, se teme la actitud de rechazo que manifiesten algunos hijos con respecto al vínculo que les une con sus hermanos, lo cual genera entre

los mayores una progresiva sensación de aislamiento familiar

- **Los estereotipos sociales sobre el papel de los hijos**

Aun teniendo en cuenta lo referido en los apartados precedentes sobre el riesgo de aparición de la soledad a causa del aislamiento familiar en sus diversos sentidos, la función que los hijos siguen desempeñando respecto al cuidado de los padres ancianos se encuentra a nuestro entender injustamente valorada, cuando no se la crítica de una manera desproporcionada. Pesa en este punto la existencia de una visión social muy negativa que condena la falta de atención que estarían recibiendo las personas mayores en la actualidad por parte de la familia en general, un mal que es presentado como algo consustancial a la sociedad de nuestros días. Esta visión responde a los severos estereotipos sociales que circulan en contra de los hijos y de su supuesta postura egoísta y olvidadiza hacia el cuidado de sus padres, cuando éstos llegan a la vejez. Esta percepción estereotipada se halla, desafortunadamente, bastante extendida entre la población mayor y se alimenta en gran medida con el tratamiento que reciben algunas informaciones que de vez en cuando aparecen en los medios de comunicación sobre unos pocos casos de mayores desatendidos por sus familiares que, sin embargo, se muestran como si en verdad fueran representativos de la realidad que viven los ancianos hoy en día la población mayor sobre las actitudes y los comportamientos de los hijos hacia los ancianos, fundamentada en una concepción bastante negativa de las relaciones filiales y, sobre todo, en la situación de desamparo que supuestamente estarían sufriendo los padres en su vejez a causa de la falta de cariño y de atención que demuestran los hijos hacia ellos.

La desconfianza y la falta de comunicación pueden favorecer de esta guisa un aislamiento familiar voluntario por parte de los mayores, que se sitúa en la base del sentimiento de soledad.

B. El aislamiento social

- **Los símbolos del duelo**

Tras la muerte del cónyuge, es una costumbre ciertamente extendida entre la sociedad guardar un cierto tiempo de duelo en memoria de la persona que se ha perdido, así como manifestar una serie de comportamientos que denoten en público sentimientos de dolor y resignación. Entre las personas mayores, el color negro del luto reflejado en la vestimenta, bien por un tiempo o bien incluso ya de por vida, es una muestra evidente de ello.

- **La reducción de las actividades sociales**

Acabamos de referir que una de las principales consecuencias que origina el retraimiento doméstico tras la viudez suele ser la brusca reducción de la participación social de las personas mayores. Gran parte de las actividades de ocio y tiempo libre que solían realizarse junto al cónyuge, como el disfrute compartido con otros matrimonios de los días de fiesta o las vacaciones, se ven así interrumpidas, cuando menos de forma temporal. La presencia en actos públicos y sociales rodeados de la multitud y donde se persigue la diversión tiende a motivar un fuerte rechazo en estos momentos todavía de dolor. Esta etapa de recluimiento se prolonga durante mucho tiempo, el riesgo de que acabe derivando en una situación de aislamiento social se incrementa considerablemente. Los mayores pueden caer entonces en una especie de olvido social que cada día cuesta más solucionar. El refugio ya para siempre en el ámbito doméstico, se viva en solitario o en casa de algún hijo, al amparo exclusivo de las relaciones familiares, es una solución equivocada sobre todo cuando la familia se encuentra dispersa o priman las obligaciones laborales de los hijos. El paso del tiempo no hace sino empeorar su situación, habida cuenta de que el deterioro de la salud, sea a nivel físico, psíquico o sensorial, contribuye aún más a su propensión de quedarse en la vivienda, agravando el estado que sufren de aislamiento material o emocional de la realidad exterior. Son mayores, así pues, sumidos en la más profunda de

las soledades, habitantes por lo general de hogares unipersonales dentro del medio urbano, donde más fácil es ser víctima del olvido social, pero también del mundo rural.

- **El empobrecimiento de las relaciones de amistad**

A la vez que tiene lugar la reclusión en el hogar tras enviudar y el abandono de gran parte de las actividades sociales, es frecuente que se origine también un proceso de empobrecimiento de las relaciones de amistad de las personas mayores, sobre todo de aquellas todavía unidas en matrimonio y con las que se solía compartir, cuando estaba el cónyuge, los ratos de diversión.

Ha de quedar claro que la viudez no motiva la pérdida en sentido estricto de las antiguas amistades, las cuales suelen conservarse para siempre, pero la relación que se establece ahora con ellas es de distinta naturaleza que antes. Los contactos sociales, en especial aquellos que se mantenían con otros matrimonios con los que se salía a menudo a compartir los ratos de ocio, se hacen mucho menos frecuentes a raíz de la viudez, y la implicación afectiva esas personas se torna más superficial.

Luego las personas mayores al enviudar, guiadas por las circunstancias, quedan desplazadas de buena parte de las relaciones de amistad que poseían mientras que vivía la pareja.

- **El control social sobre la viudedad**

Otra circunstancia que merece ser destacada son las expectativas sociales que pesan sobre la viudez y que abortan muchas posibilidades de relación para las personas mayores que la sufren. Así por ejemplo, la participación en determinadas actividades de ocio, que bien pudiera constituir una alternativa puntual a la soledad, queda sancionada por la comunidad si quien la disfruta es un individuo sin pareja, máxime si se trata de una mujer anciana.

Ser viudo y sobre todo ser viuda significa en muchos casos cargar con una severa etiqueta que en el fondo invita a la desvinculación social y, en

última instancia, al problema de la soledad.

En este sentido, muchas mujeres viven muy de cerca la presión social que se ejerce de forma continuada sobre ellas por el hecho de ser mujer, ser viuda y, más aún, vivir en solitario. Este control social limita en muchas ocasiones las posibilidades de que disponen para el entretenimiento y la distracción, sobre todo en aquellos momentos en los que la persona puede llegar a sentirse más sola.

3.3.2. LAS DIVERSAS CARAS DE LA SOLEDAD

A. Las etapas del dolor a la soledad

Una vez que se produce la viudez, el paso del tiempo genera sobre las personas mayores un doble efecto. Por un lado, acaban acostumbrándose y asumiendo la nueva y probablemente definitiva situación de soledad conyugal que las define. Sin embargo, de otro, son muy numerosos también quienes confiesan que a medida que avanzan los años más echan en falta la presencia del cónyuge. En efecto, los primeros días, semanas o tal vez meses tras la defunción, el dolor que provoca el suceso invade a los mayores junto a sentimientos de impotencia y resignación, que afloran simultáneamente. Superados los momentos inmediatos, con el tiempo se toma conciencia de la necesidad que constituye acostumbrarse a las nuevas circunstancias.

Deben emprender entonces con más o menos esfuerzo, ilusión o fortuna, un difícil proceso de ajuste y reorganización de la vida.

Es un sentimiento que viene motivado por la falta o ausencia de la compañía que significaba la pareja, mas también por la incertidumbre que los mayores se van creando hacia el futuro al cuestionarse quién se ocupará de ayudarles el día en que lo precisen.

Resulta difícil establecer pautas comunes para el conjunto de personas mayores en cuanto a actitudes y comportamientos hacia la viudez, ya que el entorno familiar y social que las rodea, así como su propia personalidad, difieren entre unos casos y otros. No obstante, el camino que lleva del dolor inicial que provoca la muerte del cónyuge hasta el sentimiento de soledad, al margen de

que haya quienes no lleguen a sufrirlo, parece atravesar en líneas generales por etapas sucesivas en el tiempo. En los momentos inmediatos a la defunción y en buena parte de la etapa de duelo, cabe repetir, el dolor por la pérdida es la reacción más frecuente que se experimenta.

B. La soledad como falta de compañía íntima

Una vez pasada la etapa inicial de dolor provocada por la muerte del cónyuge, la adaptación a la viudedad requiere un período de tiempo más o menos prolongado en función de factores como la forma de ser y las circunstancias socio familiares que rodean a las personas mayores.

Se inicia así, pues, la normalización social de los mayores, proceso en el que resulta determinante contar con algún familiar o con alguna amistad de confianza que favorezca la integración social. La ausencia de este nexo de unión puede provocar un aislamiento progresivo y un intenso sentimiento de soledad.

Pues bien, muchas personas mayores que enviudan, bien por su forma de ser o bien por las circunstancias del entramado socio familiar en que están insertas, no logran encontrar la confianza o la intimidad necesarias ni en sus familiares ni en sus amistades como para desahogar sus penas con ellos, compartir algunos ratos de conversación o realizar actividades conjuntas de entretenimiento. Es más, el hueco dejado por la pareja y la intimidad y la compañía que proporcionaba constituyen para un porcentaje muy elevado de mayores aspectos irremplazables.

C. Sufrir la soledad para comprenderla

Otro de los elementos que más nos ha llamado la atención en nuestra labor de interpretación de los discursos es el sentir manifiesto de los mayores respecto a que es necesario haber pasado por el enviudamiento para poder entender su alcance y conocer realmente sus consecuencias. El sentimiento de lástima o incluso de misericordia que antaño generaba la viudez de los amigos, los vecinos o los conocidos, nada tiene que ver con la situación que les ha tocado vivir en el plano personal. Como decimos, es por ello que se recalca que hay

que sufrir la pérdida del cónyuge para comprenderlas sus efectos en todos los ámbitos.

No obstante, hay quien piensa que la viudez, hablando en términos ideales, no debería llegar nunca a producirse, es decir, que ambos cónyuges tendrían que fallecer en el mismo momento, evitando así el dolor, el sufrimiento y la soledad que provoca el ver desaparecer a la pareja con la que se ha compartido varias décadas de la vida.

D. Aguantarse la soledad

La desconfianza en las amistades por el temor a que trasciendan públicamente las confesiones que a ellas se realizan motiva que en muchas ocasiones las personas mayores viudas reserven su pesar y prefieran soportar en silencio los malos momentos sin desahogarse con nadie. La insatisfacción con el apoyo social recibido limita, así pues, las posibilidades para exteriorizar los sentimientos, entre ellos el de la soledad. Esta es la razón por la que un elemento bastante repetido en todos los discursos es la tendencia de los mayores a aguantar los episodios de soledad antes que acudir a otras personas. Una cosa es llevarse bien con los vecinos y los amigos en general y otra intimar más de lo necesario con ellos.

Las necesidades afectivas y emocionales, a diferencia de las de tipo material, parecen ocupar entonces para muchas personas mayores un segundo plano entre sus demandas, al menos entre aquellas que manifiestan de manera abierta.

La incidencia de la soledad, en este contexto, tiende a ser coyuntural apareciendo en momentos concretos, como por ejemplo tras algún recuerdo.

3.3.3. FACTORES LIGADOS A LA SOLEDAD

A. Los recuerdos

El recuerdo del cónyuge, con más o menos intensidad, permanece para siempre en la memoria de la gran mayoría de las personas viudas. No obstante, hay situaciones y momentos a lo largo del día que favorecen el rescate de vivencias pasadas junto a la pareja y que casi siempre, eso sí, acaban provocando la tristeza

y agudizan, al menos durante ese rato, el sentimiento de soledad que motiva su pérdida y ausencia definitiva.

B. El llanto

Ligado a los recuerdos, el llanto por la falta del ser querido es un componente habitual en la vida de los mayores en los primeros meses o incluso años que suceden a su defunción. La frecuencia con que aflora, aunque bastante dispar según el carácter de la persona que enviuda, constituye un buen indicador del grado de asimilación de la soledad conyugal, así como de adaptación a la nueva realidad por la que atraviesan en la vida. Tener la mente ocupada en alguna tarea o realizar una actividad de tipo físico ayudan a evitar que el pensamiento de estos mayores acabe instalándose en el pasado y favorezca así los recuerdos, el llanto y, con ellos, la soledad.

C. La depresión

La depresión es sin duda el problema de salud mental más importante que puede afectar a los mayores a raíz de enviudar. Aunque sus síntomas más frecuentes pueden adoptar una naturaleza muy diversa, cabe destacar entre los mismos la disminución del apetito, el desinterés por la realización de actividades, los problemas de sueño o ideaciones de la muerte y del suicidio.

Si se llega a sufrir, la depresión puede tener bien una incidencia breve sobre la persona, desapareciendo de modo progresivo a medida que ésta normaliza su vida o, en cambio, bien puede instalarse en ella durante un período prolongado de tiempo, yendo por lo general asociada entonces al padecimiento de un sentimiento de soledad más o menos permanente.

D. El hastío

Si la estructura de relaciones sociales de las personas viudas, por diversos motivos, es reducida y las actividades que lleva a cabo fuera del ámbito doméstico resultan escasas, la vida cotidiana viene marcada por la permanencia en el hogar durante gran parte del día. Tanto los mayores viven con los hijos como si residen en solitario, el aburrimiento sobre todo si deriva ya en situaciones de hastío es el primer paso hacia la soledad. Mientras se realizan por ejemplo tareas de la casa,

la mente está ocupada y distraída. El problema viene luego, cuando ya no queda ninguna faena que hacer y, por la razón que sea, ni se sale a la calle ni se cuenta con ningún familiar, amigo o vecino cerca con quien conversar.

E. Los pensamientos negativos

Muchas personas mayores encuentran verdaderas dificultades para controlar sus pensamientos y evitar los momentos en que éstos adquieren su tono más pesimista o negativo. A veces llega a ser imposible librarse de ellos, ni siquiera evadirlos, sobre todo cuando se estancan en temas como la muerte del cónyuge, la situación de viudez que sufren o su existencia solitaria. Pues bien, la aparición de este tipo de pensamientos de signo profundamente negativo, impregnados casi siempre de tristeza y desilusión por la vida, es otro de los factores capaces de originar la soledad. Se advierte que por el día es relativamente fácil mantener la mente entretenida y libre de este tipo pensamientos negativos, con lo cual el riesgo de padecer el sentimiento de soledad es más reducido o, si es que se sufre, se cuenta por lo menos con mayores posibilidades para combatirlo. El problema es mucho más acusado durante la noche, cuando ya no queda nada que hacer en la casa ni se puede salir a la calle.

Venimos recalcando que las alteraciones del sueño procuran un entorno bastante propicio para que los pensamientos negativos, a veces con carácter angustioso, acaben invadiendo a las personas mayores. Lo peor, como siguen reconociendo quienes sufren estas situaciones, es ese rato en el que resulta imposible por más que se intenta conciliar el sueño.

F. La incertidumbre hacia el futuro

Muchas personas mayores, especialmente las que viven en solitario, padecen una honda sensación de incertidumbre cuando imaginan el futuro. Más en concreto, temen por la suerte que correrán el día en que pierdan su autonomía residencial y dejen de valerse por sí mismas. Esta incertidumbre puede llegar a padecerse con independencia incluso del apoyo material y emocional que estén recibiendo de los familiares, aunque son aquellos mayores sin hijos o los que sufren una situación de lejanía residencial con los mismos quienes más tienden a padecerlo.

G. El suicidio

Un sentimiento de aflicción excesivamente prolongado en el tiempo suele ser muestra inequívoca de una viudedad mal aceptada. La desesperación con un nuevo modelo de vida ante el que los mayores no acaban de adaptarse, así como el sufrimiento permanente de episodios depresivos o de una constante sensación de soledad.

3.3.4. FORMAS DIVERSAS DE LA SOLEDAD

A. Soledad buscada y soledad obligada

No siempre hay que atribuir a la soledad rasgos y matices negativos, habida cuenta de que en ocasiones el sentirse solo, lejos de representar un sufrimiento, llega a suponer una necesidad incluso para los mayores que constituyen hogares unipersonales. De este modo, aunque el sentimiento de soledad tienda a aparecer casi siempre en el discurso de los mayores como no deseado, es decir como problema, hay veces en las que como cualquier otro ser humano ansían la desconexión de familiares, amigos y, en general, del mundo exterior y persiguen el refugio interno que procura por ejemplo la reflexión personal.

B. Momentos de soledad y soledad permanente

El sentimiento de soledad, así pues, puede aparecer en situaciones puntuales de crisis, remitiendo pasado ese trance, o bien instalarse en las persona de un modo duradero o indefinido. Lo verdaderamente preocupante, como es obvio, son los casos en los que la soledad es un componente estructural en la vida de los mayores, si bien los más abundantes son aquellos otros en los que este problema aparece de una manera coyuntural.

C. Soledad del hombre y soledad de la mujer

Una de las cuestiones que hemos constatado con más claridad en los grupos de discusión es la incidencia diferencial por sexo que se le atribuye a la soledad, y en ello han coincidido tanto el discurso masculino como el femenino. Las propias mujeres, en líneas generales, consideran que el hombre se encuentra más expuesto a la soledad en la viudedad de lo que lo están ellas. Uno de los motivos que se

suelen argumentar para justificar tal opinión es la importancia de la faena doméstica como elemento que, mucho más para la mujer que para el varón, sirve de entretenimiento y evita la aparición de pensamientos negativos y de episodios de soledad.

3.4. SALUD Y ENVEJECIMIENTO: ENFOQUE DEL DESARROLLO DEL CICLO DE LA VIDA

La cima de la salud para la mayoría de las personas radica en la adultez joven, aunque la mayoría de los adultos medios y mayores continúan siendo saludables y tienen cuerpos sanos y fuertes.

Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados; aunque las afecciones crónicas tienden a aumentar con la edad, la mayoría de los adultos mayores no tienen que limitar algunas de las actividades importantes por razones de salud antes de los 85 años.

Los ancianos necesitan más cuidado médico que los jóvenes. Van al médico más a menudo, son hospitalizados con más frecuencias clínicas, también tienen la probabilidad de necesitar atención en casa y ayuda con actividades de la vida diaria ¿Por qué la salud con frecuencia se deteriora con edad?

Los sistemas y órganos corporales se deterioran, por lo que se vuelve más susceptibles a problemas. Es cierto que los tejidos y estructuras del cuerpo tienden a volverse menos elásticos y eficientes, y algunos cambios normales pueden anunciar disfunciones o trastornos más serios.

Los cambios fisiológicos en la adultez tardía son enormemente variables; muchos de los deterioros comúnmente asociados con el envejecimiento podrían ser efecto de la enfermedad en lugar de las causas. Algunos de los sistemas se deterioran más rápidamente que otros, los sistemas digestivos incluidos el hígado y la vesícula biliar permanecen relativamente eficientes, los cambios más serios están aquellos que afectan al corazón. Su ritmo tiende a volverse más lento y más irregular; alrededor

del corazón se pueden acumular depósitos de grasa e interferir con su funcionamiento. La presión sanguínea con frecuencia se eleva.

- **Desarrollo del adulto**

El desarrollo implica cambio, es un proceso sistemático de cambio adaptativo en el comportamiento en una o más direcciones.

Es sistemático en tanto es coherente y organizado. Es adaptativo en el sentido de que permite liderar con las condiciones de existencia, internas y externas.

El niño que fuiste dio forma al adulto en el que te has convertido, y el adulto que eres hoy dará lugar al adulto mayor que te convertirás mañana.

El desarrollo puede deberse al aprendizaje: cambios duraderos en el comportamiento como resultado de la experiencia o bien puede ser el resultado de la maduración del cerebro y de otros sistemas y estructuras físicos del organismo. Generalmente el desarrollo implica una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, mientras los niños pasan patrones de desarrollo muy semejantes, las diferencias individuales son más evidentes conforme las personas envejecen y la experiencia se vuelve algo más que un simple factor. El desarrollo adulto puede no ser tan rápido o tan obvio como el desarrollo infantil, y supone tanto pérdidas como ganancias; pero incluso los adultos mayores pueden desarrollar nuevas habilidades; como aprender a usar computadoras.

• **Vejez en un mundo cambiante**

PERIODO	DESARROLLO FISICO	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO PSICOSOCIAL
ADULTEZ JOVEN 30 A 40 AÑOS	Cima de la condición física, luego declina ligeramente. Las elecciones del estilo de vida influyen en la salud.	Las habilidades cognitivas y los juicios morales implican una mayor complejidad. Se realizan elecciones educativas y profesionales.	Los rasgos de personalidad y los estilos de vida se vuelven relativamente estables pero las etapas de la vida los acontecimientos pueden influir en los cambios de personalidad. Las decisiones se toman en turno a las relaciones interpersonales íntimas y estilos de vida personales. La mayoría de las personas se casa y tienen hijos.
ADULTEZ MEDIO 40 A 65 AÑOS	Puede tener lugar algún deterioro en habilidades sensoriales, salud, resistencia y en destrezas y habilidades. Las mujeres experimentan	La mayoría de las habilidades mentales buscan alcanzar su cima, la experiencia y las facilidades prácticas de resolución de problemas son altas.	Continúa desarrollándose el sentido de identidad puede ocurrir una transición estresante en esta adultez media. La doble responsabilidad de criar hijos y de cuidar a los padres.
ADULTEZ MADURA 65 A MAS AÑOS	La mayoría de las personas son saludables y activas, aunque la salud y las habilidades físicas empiezan a declinar. El retraso en el tiempo de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento.	La mayoría de las personas esta mentalmente alerta. Aunque la inteligencia y la memoria pueden deteriorarse en algunas áreas. La mayoría de las personas encuentran mundos de comparación.	La jubilación puede ofrecer nuevas opciones para usar el tiempo. Incluido nuevo trabajo de tiempo completo o parcial. Las personas necesitan enfrentar pérdidas personales y la muerte. Las relaciones con la familia y los amigos cercanos pueden proporcionar un apoyo importante. La búsqueda de significados en la vida asume una importancia central.

3.5. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Muchas personas mayores viven saludablemente y tienen vidas activas. Pero no hay manera de evitarlo: cuando envejecemos, nuestros cuerpos y mentes cambian. Es importante saber qué esperar. Algunos cambios son normales al envejecer, mientras que otros pueden ser una señal de un problema de salud. Es importante reconocer la diferencia y hablar con su proveedor de cuidados de salud si usted tiene alguna inquietud.

Un estilo de vida sano puede ayudarlo a enfrentar los cambios normales del envejecimiento y disfrutar de su vida a pleno.

Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunas localizaciones de cáncer han sido asociadas al proceso de envejecimiento.

A. Vejez

El envejecimiento incluye el conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo.

El envejecimiento de los organismos y particularmente el de la especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años. La expectativa de vida ha aumentado significativamente en los últimos tiempos y este hecho ha acrecentado el problema de los efectos de envejecimiento.

B. Teorías del envejecimiento

Las teorías sobre el envejecimiento que en este apartado se plantean tienen un enfoque sociológico y psicológico, siendo que existen otras teorías en función al aspecto teológico y fisiológico, que tratan del deterioro del organismo, por lo que no se tomaron en cuenta debido a que el enfoque de esta investigación es de tipo psicosociológico; sin embargo, no por ello las teorías de la biología y fisiología se

consideran de poca importancia.

Son cinco teorías sobre un envejecimiento satisfactorio:

1. **LA TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN** sostiene que un envejecimiento normal se caracteriza por un retiro mutuo entre la sociedad y el anciano.
2. **LA TEORÍA DE LA ACTIVIDAD** sostiene que cuantos más activos se mantengan los ancianos, más satisfactoriamente envejecerán.
3. **LA TEORIA DE LA GENETICA** creen que para comprender el envejecimiento es preciso entender el código genético que determina la longevidad. Con el paso de los años se pierden secuencias del ADN dando lugar al deterioro y produciéndose el envejecimiento.
4. **LA TEORIA FISIOLÓGICA** es el proceso de envejecimiento desde el deterioro que se produce con el paso del tiempo de los mecanismos fisiológicos que controlan el organismo.
5. **LA TEORIA BIOQUÍMICA Y METABOLICA** produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones y acaban muriendo.

Esto resulta una primera aproximación, pero de hecho deja mucho que ver lo contrarias que estas pueden resultar, tal vez a través de la experiencia personal que se tiene en la convivencia con ancianos cada quién podrá aprobar a una u otra, pero deja de verse que existen algunos ancianos que viven conforme a la teoría de la actividad, siendo que de esa forma expresan mayor agrado, y encontramos a otras personas que se sienten mejor de acuerdo al estilo de vida que plantea la teoría de la las tareas o problemas; el cual es usualmente dado y recibido por los miembros de la red social informal, no por desconocidos, profesionales o conocidos casuales, integrantes de la red social formal.

3.6. ENVEJECIMIENTO Y SOLEDAD

La **soledad** es uno de los peores calvarios que puede sufrir una persona, y mucho más cuando se es mayor, lo que puede provocar unos efectos para la salud mucho

más nocivos que cualquier otra posible enfermedad.

A medida que pasan los días, semanas y meses, la soledad se va infiltrando por los huesos y el tiempo pasa mucho más lento. La falta de ocupación o de algún hobbies convierte la vida en una **monotonía** y la multiplicación de factores relacionados con el aislamiento causa un efecto de **envejecimiento prematuro**.

Las personas que viven solas o se sienten solas, padecen un **estrés mayor** que las personas que viven en familia o pareja, y su proceso de envejecimiento se acelera tanto física como mentalmente. De entre los **mayores**, además, aquellos más solitarios presentaron unos niveles superiores de presión arterial y de las hormonas causantes del estrés, así como presentaron unos **mayores recuerdos negativos** percibiendo su pasado como algo triste, pero del cual no quiere hablar o no perciben la necesidad de buscar ayuda.

Parece ser que la soledad no ayuda tampoco a la hora de conciliar el sueño. Por eso, el cuerpo se resiente y se desgasta con mucha más velocidad que el de alguien que vive acompañado y se siente amado.

Lo mejor ante todo es compartir esos intereses y vivir la vida lo mejor que se pueda sin mirar hacia atrás. La vida muchas veces no nos da respiro, parece que nos pone trabas justamente cuando peor lo estamos pasando, pero siempre habrá una ventana abierta y un abrazo amigo que estará a tu lado y aparte de hacerte sentir vivo te hará sentir más joven.

3.7. ENFERMERIA Y EL APOYO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Norbeck y Tilden, enfermeras estudiosas del apoyo social, refieren que en la literatura emergen unas suposiciones comunes, el apoyo social se refiere a las interacciones interpersonales que proporcionan apoyo emocional o ayuda real en las tareas o problemas; el cual es usualmente dado y recibido por los miembros de la red social informal, no por desconocidos, profesionales o conocidos casuales, integrantes de la red social formal.

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian

durante esa interacción.

Crear una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

En el ámbito del apoyo social se centra en la comprensión de este constructo, en cuanto a definición, componentes, funciones, dimensiones; el entendimiento de los mecanismos por los que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental, los cambios que se producen a lo largo del ciclo vital y, las posibles aplicaciones prácticas de este conocimiento.

El solo hecho de que el adulto mayor, se encuentre rodeado de personas que lo comprenden y a las que podría contar sus problemas, le ayuda a superarlos, en ocasiones, sin recibir siquiera la ayuda de esas personas; por lo general, los adultos mayores recurren en primer lugar a las redes sociales informales, donde la familia es la principal fuente de apoyo social del adulto mayor.

3.8. PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR (MINSA)

3.8.1. Introducción

El Ministerio de Salud en concordancia con los Lineamientos de Política Sectorial 2002 – 2012 y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, el cual demanda aplicar acciones de salud, teniendo como eje central las necesidades de salud de la persona, en el contexto de la familia con la finalidad de contribuir a mejorar sus niveles de salud y calidad de vida.

En ese contexto la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Atención Integral de Salud – Etapa de Vida Adulto Mayor, ha elaborado la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores” en el marco de los Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores y los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, considerando el proceso de modernización del sector y descentralización que se lleva a cabo en el país.

El presente documento responde a la decisión política de atender las necesidades de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables con un enfoque de integralidad, equidad, solidaridad, interculturalidad calidad y pleno respeto a sus derechos.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, comprende los objetivos, base legal, disposiciones específicas y las responsabilidades para el desarrollo de la atención integral de salud de la etapa de vida adulto mayor.

3.8.2. Finalidad

Mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores – PAMs en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.

3.8.3. Objetivos

a) Objetivo General

Establecer la normatividad técnico – administrativa para la atención integral de salud de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

b) Objetivos Específicos

- Estandarizar la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor, en todos los establecimientos de salud, en un contexto de adecuación a su realidad regional y local.
- Establecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con participación y corresponsabilidad del adulto mayor, familia y comunidad.
- Definir los criterios de intervención a desarrollar en los componentes de organización, provisión, gestión y financiamiento para la atención integral de las personas adultas mayores.
- Instituir la Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM, para la evaluación del estado de salud del adulto mayor y elaboración del Plan

de Atención Integral personalizado de los cuidados esenciales para la persona adulta mayor.

3.8.4. **Ámbito de Aplicación**

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación Sectorial, nacional, regional y local, de cumplimiento obligatorio por los prestadores de atención de salud a las personas adultas mayores en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

3.8.5. **Disposiciones Generales**

Definiciones Operativas

- **Población Objetivo.-** Es la población objetivo constituida por todas las personas mayores de 60 años a más. Se tendrá en cuenta la población adulta mayor adscrita, dirigiendo las intervenciones hacia aquellas personas adultas mayores que viven en zonas de mayor riesgo y/o presentan mayor vulnerabilidad, según corresponda.
- **Estrategias para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores.-** Son un conjunto de acciones o comportamientos cuyo propósito es lograr la atención integral de las PAMs y familia. Las más reconocidas para la atención integral en este grupo etáreo, son las siguientes:
 - Fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios
 - Organización y adecuación de los servicios según categorización
 - Manejo estandarizado en el mantenimiento y recuperación de la salud de las PAMs de acuerdo a la realidad regional y local
 - Participación de la familia y comunidad para mejorar el acceso a la atención integral de salud de las PAMs
 - Fomento de la participación de las PAMs en las acciones de salud
 - Conformación de redes de servicios sociales y de apoyo mutuo intersectorial
 - Articulación de las medicinas tradicionales y complementarias

- **Atención Intramural.-** Es la atención a la persona adulta mayor en el establecimiento de salud por el profesional o técnico de salud, sensibilizado y capacitado según competencias y nivel de complejidad del establecimiento
- **Atención de daños agudos no emergencias.-** Se orienta a dar respuesta a problemas de salud de inicio rápido comprendida dentro de un conjunto de necesidades de salud identificadas. Están relacionadas a problemas de menor complejidad y que no representan amenaza para la vida de la PAM. Se incluyen las consultas programadas.
- **Atención de daños sub agudos y crónicos.-** Representa el abordaje de problemas sub-agudos y crónicos, principalmente trastornos degenerativos no transmisibles, comprendidos dentro del conjunto de necesidades de salud seleccionadas.
- **Atención de la emergencia.-** Se orienta a resolver prontamente los problemas que ponen en riesgo la vida y salud de la PAM. Dependiendo de la complejidad de la emergencia se tratará y/o referirá al establecimiento o servicio correspondiente.
- **Atención integral.-** Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las Programa Adultos Mayores considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.
- **Atención extramural.-** Es la atención que se realiza fuera del establecimiento de salud con el objetivo de extender la atención a los grupos poblacionales prioritarios (pobres y extremadamente pobres) del ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud. El adulto mayor puede ser atendido en diferentes espacios como son: domicilio, casas de reposo, círculos de adultos mayores y casas de convivencia (asilos).
- **Criterios de programación.-** Son las reglas o pautas a ser aplicadas en la programación del conjunto de actividades y requerimientos de acuerdo al

tamaño de población, en un tiempo determinado, capacidad resolutive y demanda, con el objeto de alcanzar las metas programáticas de salud.

El nivel nacional establecerá los criterios de programación de actividades de la etapa de vida adulto mayor. El nivel Regional y local programaran las actividades en función de la población adulta mayor adscrita al ámbito de la región y al establecimiento de salud, según los parámetros establecidos y tomarán en cuenta la presencia o ausencia de otros prestadores de servicios en la zona.

3.8.6. Componente de Prestación

Comprende la atención integral de salud del adulto mayor, a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que el equipo interdisciplinario de salud, el propio adulto mayor, familia y comunidad, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimientos de salud y otros) brinda al adulto mayor. La atención de salud, se realizará siempre de manera integral, independiente del motivo de consulta, de tal manera que el adulto mayor sea evaluado, y cuente con un plan de atención integral. Los establecimientos de salud según nivel de complejidad y el personal de salud, según corresponda, deberán desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a fin de mejorar las condiciones de vida para un envejecimiento activo y saludable.

Atención de la Persona Adulta Mayor

La atención de la persona adulta mayor comprende la entrega del paquete de cuidados esenciales considerando momentos que a continuación se detallan y que deben adecuarse al contexto del establecimiento de salud:

a) Captación de la PAM

La PAM deberá ser captada de diversas maneras y motivos:

- Como consultante o usuario: sólo o acompañado de un familiar o cuidador, con o sin patología o riesgo de salud
- Como acompañante de consultante o usuario

- Referido por un promotor de salud, persona de la comunidad, ONG, u otra institución
- Referido por personal de salud de un establecimiento de menor o mayor complejidad
- Mediante búsqueda activa en la labor extramural El primer contacto con la PAM es importante porque además de atender el motivo de la consulta definirá el camino a seguir para el desarrollo del Plan de Atención Integral personalizado.

b) Admisión de la PAM

- Recepción
- Orientación personalizada del proceso de atención en el servicio
- Verificación del cumplimiento de la ley de atención preferente (Ley N° 27408)
- Búsqueda o apertura de la historia clínica, el mismo que deberá formar parte de la ficha o carpeta familiar, de corresponder
- Identificación del financiamiento o validación de derechos: Seguro Integral de Salud (SIS), otros seguros, subvenciones, exoneraciones o pagos particulares

Triaje

- Atención preferencial a la PAM
- Detección de signos de alarma o gravedad
- Determinar si la PAM tiene alguna enfermedad para definir el tipo de atención que requiere para derivarlo a la consulta que le corresponde
- Orientación e información sobre el tipo de servicio requerido

b) Atención integral

La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor
Toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará:

- La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, según formato. La VACAM será aplicada por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin.
- La cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor.
- El examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud.
- Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento.
- La aplicación de la VACAM a las PAMs una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.

Criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores a través de la VACAM:

De la aplicación de la VACAM inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son los siguientes:

- a) **Persona Adulta Mayor Activa Saludable.-** Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- b) **Persona Adulta Mayor Enferma.-** Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

- c) **Persona Adulta Mayor Frágil.-** Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención.

Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

d) Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- • Edad: 80 años a más
- • Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- • Deterioro cognitivo severo
- • Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- • Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses
- El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.
- La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio. Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:
 - Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
 - No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible)
 - Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor

- No acude a consulta programada (Ej. vacunación antiamebílica, exámenes auxiliares, etc.)

3.8.7. Plan de Atención Integral

El Plan de atención integral es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, en él se especifican la provisión de servicios según categorías. Así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutoria quién se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales.

De los Cuidados Esenciales

A las PAMs se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- Necesidades de desarrollo: acciones de promoción y educación para la salud
- Necesidades de mantenimiento de la salud: acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos)
- Necesidades derivadas del daño: atención de daños según guía de atención
- Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: atención de discapacidades según protocolo

El Plan de atención integral para la Persona Adulta Mayor es personalizado, y realizado de acuerdo a cada categoría. El mismo que deberá ser elaborado por el equipo interdisciplinario y con participación de la persona adulta mayor y/o cuidador responsable.

La aplicación del Plan de atención integral por categoría y personalizado se desarrollará a través de las actividades contenidas en el plan de manera continua, progresiva y priorizada.

El seguimiento dependerá de los hallazgos de la valoración clínica integral inicial, del Plan de atención integral y se actuará de manera individual.

3.9. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCION DE LA SALUD MENTAL EN EL ENVEJECIMIENTO

El apoyo social, lo definen como aquellos lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño. El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión.

El deterioro de los vínculos sociales de los adultos mayores; consideró el efecto del apoyo social en los sentimientos de ser cuidado, amado, respetado, valorado, estimado y que se es miembro de una red social de obligaciones mutuas; fortaleciendo en el adulto mayor su autoestima, evitando los sentimientos de soledad, aislamiento, de carga para los demás.

El apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros allegados, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas de salud preventiva, disminuir la necesidad de hospitalización, prevenir o posponer la institucionalización en geriátricos, y pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces, sustituir, la red social formal.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- 4.1. Ramírez Calderón Fanny Elizabeth. **Depresión en ancianos de 60 a 80 años del club de jubilados del IPSS Arequipa-1997. Conclusión:** La mayoría de los integrantes del club presentan manifestaciones como de sintomatología depresiva, lo que explico que dichas manifestaciones pueden pasar desapercibidos, hasta no hacerse el examen específico siendo de alto riesgo para la integridad biopsicosocial, el no ser detectado y tratados a su debido tiempo. También los factores psicosociales

relacionados con la sintomatología depresiva son las reacciones familiares personales el bajo nivel socioeconómico, los sentimientos de intimidad e ideas de suicidio. Los factores psicosociales que no se encuentran relacionados con la sintomatología depresiva son la jubilación y la sexualidad.

- 4.2. Faijo Begazo, Sandra y Málaga Salcedo Sandra. **Niveles de depresión en ancianos de 60 a 70 años en el club de la Tercera edad del Centro de salud Maritza Campos Díaz Arequipa 2000. Conclusión:** En el club de la tercera edad del centro de salud Maritza Campos Díaz Zamacola: el grupo etario que predomina de 60 a 70 años de sexo femenino que proceden de Arequipa y del interior del país, la mayoría son de amas de casas y viudos con un grado de instrucción primaria y un grupo son no letrados, sin ingresos económico, la mayoría viven con sus nietos y sienten rechazo familiar.
- 4.3. López Doblas, Juan; Díaz Conde, M^a Pilar; Alemán Bacho, Carmen; Trinidad Requena, Antonio y Castón Boyer, Pedro. **La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. 2001. Conclusión:** La vejez se refleja en la representación social con unas connotaciones negativas que se proyectan en el subconsciente social con imágenes de este período vital revestidas de improductividad, aburrimiento, enfermedad y tristeza. Esta visión generalizada de la sociedad se contrapone con el retrato que perciben de sí mismas las personas mayores y con el papel real que desempeñan en la vida cotidiana.

5. HIPOTESIS

Dado que el proceso de envejecimiento es una etapa de la vida en la que se presentan cambios físicos y conductuales, considerándose un fenómeno complejo y multidimensional en la que los adultos necesiten de soporte y apoyo familiar.

Es probable que los adultos mayores del Albergue “Buen Jesús” presenten niveles de soledad social alta.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la variable de niveles de soledad social se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la escala de soledad social:Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Los investigadores de Calidad de Vida y Envejecimiento han creado la primera escala española con la que medir la soledad social que sufren, los adultos mayores. Al envejecer, las personas van a disminuir su círculo social, lo que produce sentimiento de marginalidad, aislamiento y aburrimiento. Dicha herramienta nos permite a los investigadores analizar la experiencia subjetiva del sujeto teniendo en cuenta los cambios sociales generados, la era digital o la adaptación a las nuevas tecnologías. Para llevar a cabo el instrumento, los adultos mayores tienen que enfrentarse a 15 preguntas y responder: Siempre, A veces y Nunca.

Para demostrar la validez del instrumento o herramienta se realiza a adultos mayores de 65 a 80 años de edad; a los que residen en zonas rurales, asilos y albergues.

Los tres componentes extraídos contienen, en resumen, los siguientes ítems, y podrían denominarse de la siguiente manera:

- Percepción de apoyo social (Factor 1): ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
- Uso de nuevas tecnologías (Factor 2): ítems 9,10 y 11

- Índice de participación social subjetiva (Factor 3): ítems 12,13,14 y 15

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito Geográfico

La investigación se llevó a cabo en el albergue “BUEN JESUS” ubicada Complejo de Jesús s/n Paucarpata

2.2. Unidades de estudio

La unidad de estudio serán los pacientes del albergue BUEN JESUS en número de 60 que constituye el 100%

- Criterios de inclusión
 - Todos los adultos mayores entre 60 y 80 años que no presenten patologías psiquiátricas.
 - Todos los adultos mayores que deseen participar de la entrevista
- Criterios de exclusión
 - Todos los adultos mayores de 80 años y menores de 60 años
 - Adultos mayores que presenten patologías psiquiátricas
 - Todos los adultos mayores que no deseen participar de la entrevista

2.3. Temporalidad

El estudio de investigación es coyuntural para el 2013.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS

- Coordinación con la Decana de la Facultad de Enfermería para la obtención de la carta de presentación.
- Coordinación con el director del albergue “BUEN JESUS” para presentarnos al personal.
- Coordinación con la Enfermera jefe del albergue “BUEN JESUS” para establecer los horarios tanto de la mañana y de la tarde para la recolección de datos.
- Se seleccionaran las unidades de investigación según los criterios de inclusión y exclusión.
- Motivación a los adultos mayores para que la entrevista sea lo confiable y veraz entre

ellos y nosotras.

- La recolección de datos se hará en el horario indicado por la enfermera de turno y las investigadoras.
- Al concluir la recolección de datos, estos se procesaran estadísticamente.





TABLA N° 1

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SOLEDAD SOCIAL “NIVELES DE
SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE
BUEN JESUS AREQUIPA 2012”**

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL	FR.	%
ALTO	54	90
MEDIO	6	10
BAJO	0	0
Total	60	100

Instrumento elaborado de la Escala Kaiser – Meyer – Olkin

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 90% se encuentran en el nivel alto de soledad social y un 10% en el nivel medio de soledad social.

De lo que deducimos que casi el total de la población de adultos mayores presenta niveles alto de soledad social siguiendo el nivel medio.

Es preocupante que la mayoría de los adultos mayores presenten estos niveles de soledad social probablemente por el poco soporte familiar de la esposa e hijos.

TABLA N° 2

**POBLACION DE ESTUDIO SEGUN EDAD Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL EN
EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”**

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL	60 -65		66 – 71		72 – 77		78 A MAS		TOTAL	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
EDADES										
ALTO	0	0	1	1.6	19	31.6	36	60	56	93.2
MEDIO	0	0	0	0	1	1.6	3	5	4	6.6
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1	1.6	20	33.2	39	65	60	99.8

Instrumento elaborado por las investigadoras

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 60% se encuentran las edades de 78 años a más y se ubican en el nivel alto de soledad social un 31,6% en el grupo etáreo de 72 a 78 años y se ubican en el nivel de soledad social alto y un mínimo porcentaje de 5% y 1.6% en niveles de soledad social medio.

Los resultados muestran que predomina el grupo etáreo de 72 a 78 años con nivel soledad social alto probablemente a más edad más nivel de soledad social.

TABLA N° 3

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL
EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”**

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL GENERO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%
ALTO	37	61.67	17	28.53	54	90.00
MEDIO	6	10.00	0	0.00	6	10.00
BAJO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	43	71.67	17	28.53	60	100.00

Instrumento elaborado de la Escala Kaisser – Meyer - Olkin

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 61.67% son sexo masculino y un 28.53% son sexo femenino y se ubican ambos en el nivel alto de soledad social y un mínimo porcentaje de 10% de sexo masculino y presentan niveles de soledad social medio.

Los resultados muestran que más de la mitad de la población presentan un nivel de soledad social que corresponde al género masculino

TABLA N° 4

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONFORMACION DE FAMILIARES Y
NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE
BUEN JESUS AREQUIPA 2012”**

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL CONFORMACION DE FAMILIARES	Esposa		Hijos		Hermanos		No tiene		Otros familiares		Total	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
ALTO	15	25.00	15	25.00	10	16.66	14	23.33	0	0.00	54	89.99
MEDIO	0	0.00	2	3.33	1	1.67	2	3.33	1	1.67	6	10.00
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	15	25.00	17	28.33	11	18.33	16	26.66	1	1.67	60	99.99

Instrumento elaborado de la Escala Kaiser – Meyer - Olkin

En la tabla observamos un % acumulado de 50% lo conforman la esposa e hijos y un 16.66% lo conforman los hermanos y un 23.33% no tiene familiares.

De lo que deducimos que la mitad de la población la conforman la esposa e hijos y tienen nivel de soledad social alto, siguiendo los hermanos; sin embargo; existe una minina parte de la población de estudio no tiene familiares y presentan niveles de soledad alto.

TABLA N° 5

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA Y NIVEL DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”

NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL LUGAR DE CIUDADES	AREQUIPA		PUNO		CUZCO		OTROS		TOTAL	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
ALTO	9	15	18	30	9	15	20	33.33	56	93.33
MEDIO	3	5	0	0	0	0	1	1.6	4	6.6
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	20	18	30	9	15	21	34.93	60	99.93

Instrumento elaborado por las investigadoras

En la tabla observamos un mayor porcentaje de 33.33% que corresponde a otros lugares de procedencia, un 30% de Puno, y un acumulado de 30% de Arequipa y Cuzco, se encuentran en los niveles de soledad social alto y un 5% de Arequipa y un 1.6% de otros lugares se encuentran en niveles de soledad social medio.

De lo cual deducimos que más de $\frac{1}{4}$ parte de la población proceden de Puno y tienen nivel de soledad social alto al igual de la población que proceden de Arequipa y Cuzco que tienen nivel de soledad social alto. De lo que también deducimos que los adultos mayores que proceden de lugares lejanos presenten niveles de soledad social alto.

TABLA N° 6

POBLACION DE ESTUDIO SEGUN ESTADO CIVIL Y NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL ALBERGUE BUEN JESUS AREQUIPA 2012”

Niveles de Soledad Social	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Conviviente		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
ALTO	17	28.33	18	30.00	1	1.67	13	21.67	5	8.33	54	90.00
MEDIO	2	3.33	2	3.33	2	3.33	0	0.00	0	0	6	9.99
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	19	31.66	20	33.33	3	5.00	13	21.67	5	8.33	60	99.99

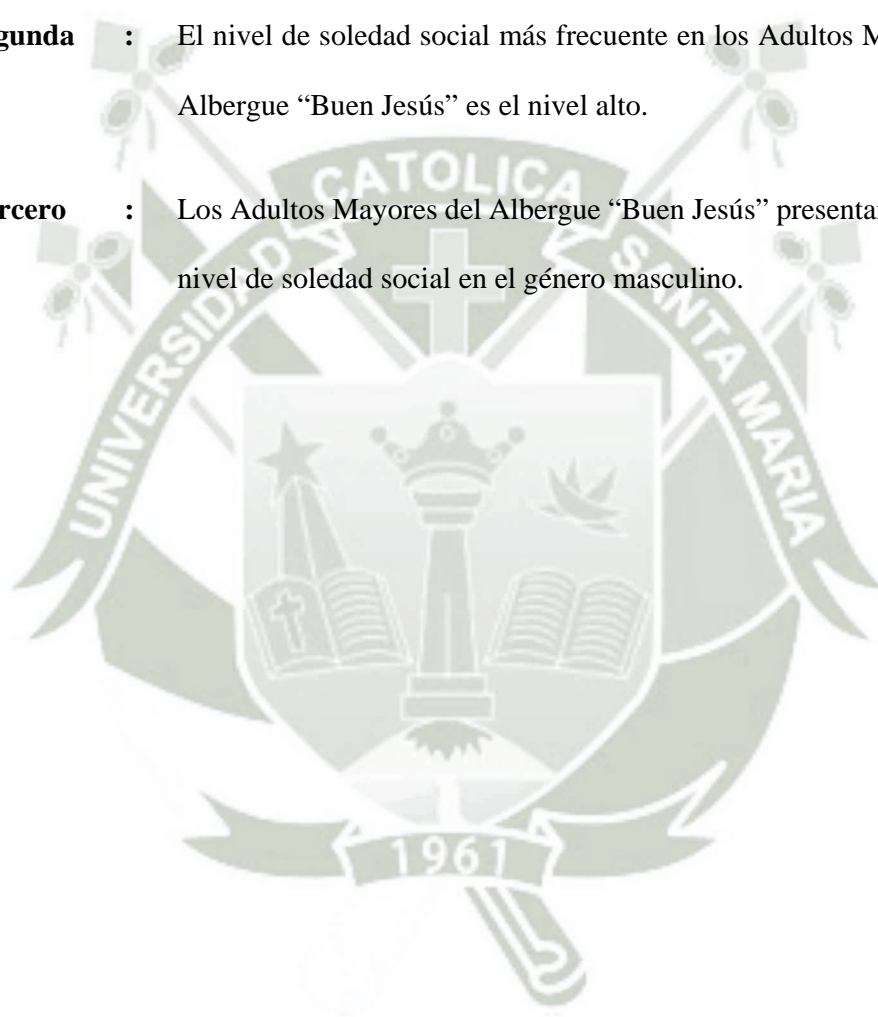
Instrumento elaborado de la Escala Kaisser – Meyer - Olkin

En la tabla observamos que el porcentaje más alto de 30.00% de estado civil casados presenten nivel de soledad social alto, siguiendo 28.33% de estado civil soltero y de nivel de soledad social alto y un 21.67% de estado civil viudos de igual manera se encuentran en nivel de soledad social alto; sin embargo existe una mínima parte de la población de estudio de 8.33% de estado civil conviviente que se encuentra en el nivel de soledad social alto y un % de 3,33% de estado civil soltero, casado y divorciado se encuentren en nivel de soledad social medio.

De lo que deducimos que más de la ¼ parte de la población son de estado civil casados y presenten un nivel de soledad alto.

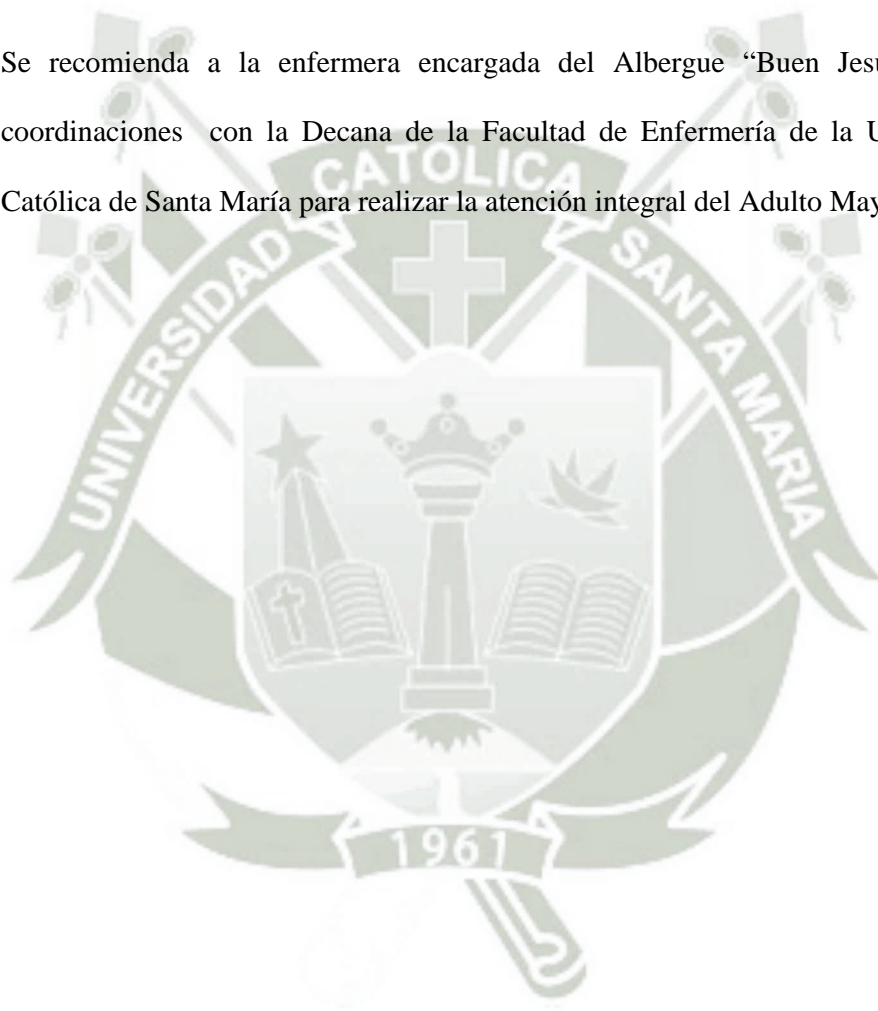
CONCLUSIONES

- Primera** : Los adultos mayores del Albergue “Buen Jesús” presentan nivel de soledad social alto; en relación a la edad se encuentra de 78 a más, sexo masculino, con procedencia de otros ciudades con conformación de familiares esposa e hijos con estado civil casado.
- Segunda** : El nivel de soledad social más frecuente en los Adultos Mayores del Albergue “Buen Jesús” es el nivel alto.
- Tercero** : Los Adultos Mayores del Albergue “Buen Jesús” presentan un mayor nivel de soledad social en el género masculino.



RECOMENDACIONES

3. Según los resultados se recomienda que acción coordinada entre el administrador, la enfermera y la asistente social del albergue “Buen Jesús” se elabore nuevos planes de atención integral, acciones educativas a cada uno de los familiares de los adultos mayores para disminuir los niveles de soledad social.
4. Se recomienda a la enfermera encargada del Albergue “Buen Jesús” realice coordinaciones con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para realizar la atención integral del Adulto Mayor.



BIBLIOGRAFIA

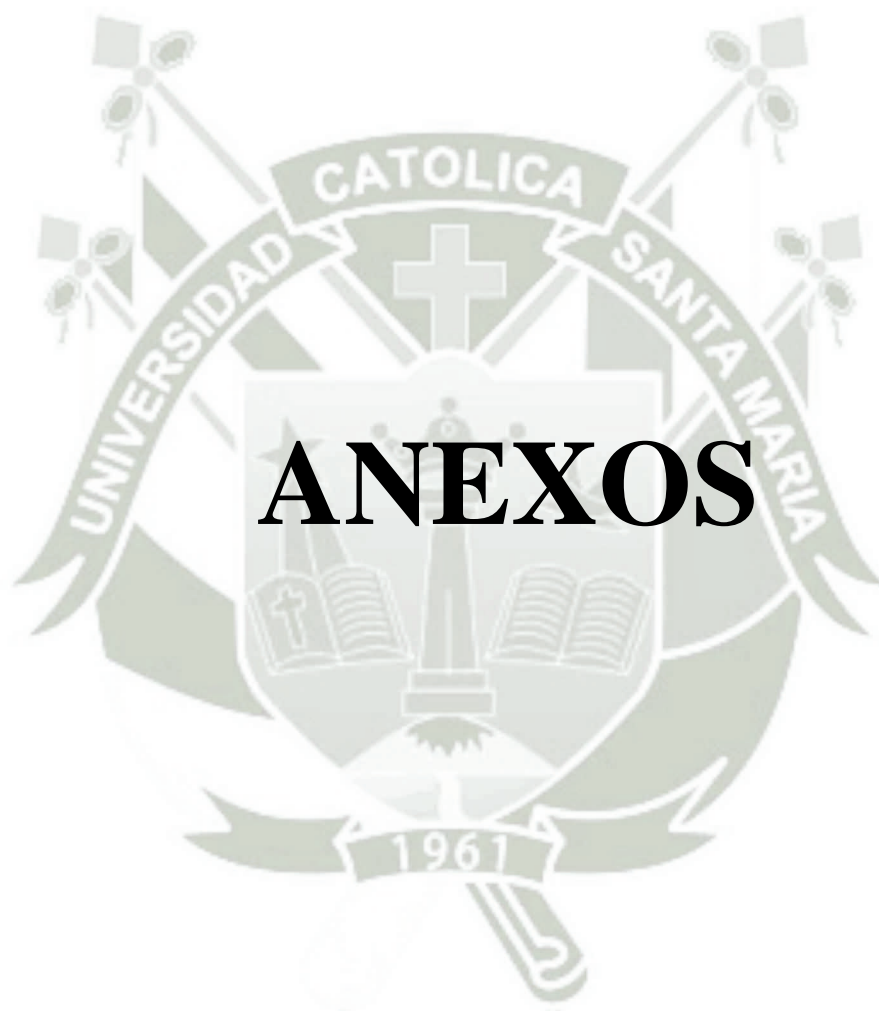
1. B. L. MISHARA, R. G. RIEDEL, El Proceso del Envejecimiento. Tercera Edición 2012
2. BELSKY Janet, Psicología del envejecimiento 2010
3. BURKE M. Mary. Enfermería Gerontológica: Cuidados Integrales del Adulto Mayor. 2da Edición. 2009
4. F. PHILIP RICE. Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital. Segunda Edición 2008
5. GARCIA HERNANDEZ M. Enfermería geriátrica. Barcelona: Masón; 2005
6. GARCÍA LOPEZ, María Victoria y colaboradores. Enfermería Geriátrica. Leus. España, 2012.
7. GARCÍA RAMÍREZ, José Carlos. La Vejez: El Grito de Los Olvidados. Primera Edición 2003
8. GARCIA HERNANDEZ, Misericordia, Enfermería y Envejecimiento. Primera Edición 2012
9. KATHLEEN Stassen Berger, Psicología del desarrollo: Aduldez y Vejez. 7ma Edición.
10. PAPALIA Diane, Sterns Harvey, Camp Cameron Desarrollo del adulto y vejez. 3era. Edición 2003
11. R FERNANDEZ Alba, Enfermería Global, España 2010
12. STANLEY Mikey ,Blair Kathryn A; Beare Patricia, Enfermería Geriátrica. 3era Edición, México 2009
13. SANTIAGO, Maite. CABRERA, Mirna con el Grupo Editorial de INFOSOL. Guía Clínica para atención a las personas Adultas Mayores. Cuarta Edición junio 2004
14. TADITI Liliana, Satisfacción del adulto mayor en distintos contextos institucionales. Argentina 2003

HEMEROGRAFIA

1. Revista Enfermería Global. Vol. 9 Núm. 2. Año 2010.
2. Revista Sigo Joven. Artículo # 217. Año 2010
3. Revista Integración de teorías de envejecimiento. Parte I Año 2006
4. Revista Esp Geriatr Gerontol Parte II Año 2006

INTERNET

1. <http://api.ning.com/files/CgMca7wvj9yIXVrfAH9hb1sJUJSIpa9U-y7ePI0Z8NgzIz5tfzfFS59lcD8uwFt9mP31f-g6ZERYtZr9mx-ZCzK65YBhYq4S/01.TEORIASDELENVEJECIMIENTOsimposiuminternacional.pdf>
2. http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
3. <http://es.wikipedia.org/wiki/Soledad>
4. <http://www.envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este 2 .pdf>
5. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107281>
6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016&script=sci_arttext
7. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iglesias-soledad-01.pdf>
8. http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
9. www.aprendemas.com/noticias/html/N7345_F22072010.html



ANEXOS

Tabla 1: Escala ESTE II de Soledad Social

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Se han diferenciado tres niveles de Soledad Social en función de la puntuación obtenida: bajo, medio y alto (Tabla 2).

Tabla 2: Niveles de puntuación en la Escala ESTE II

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

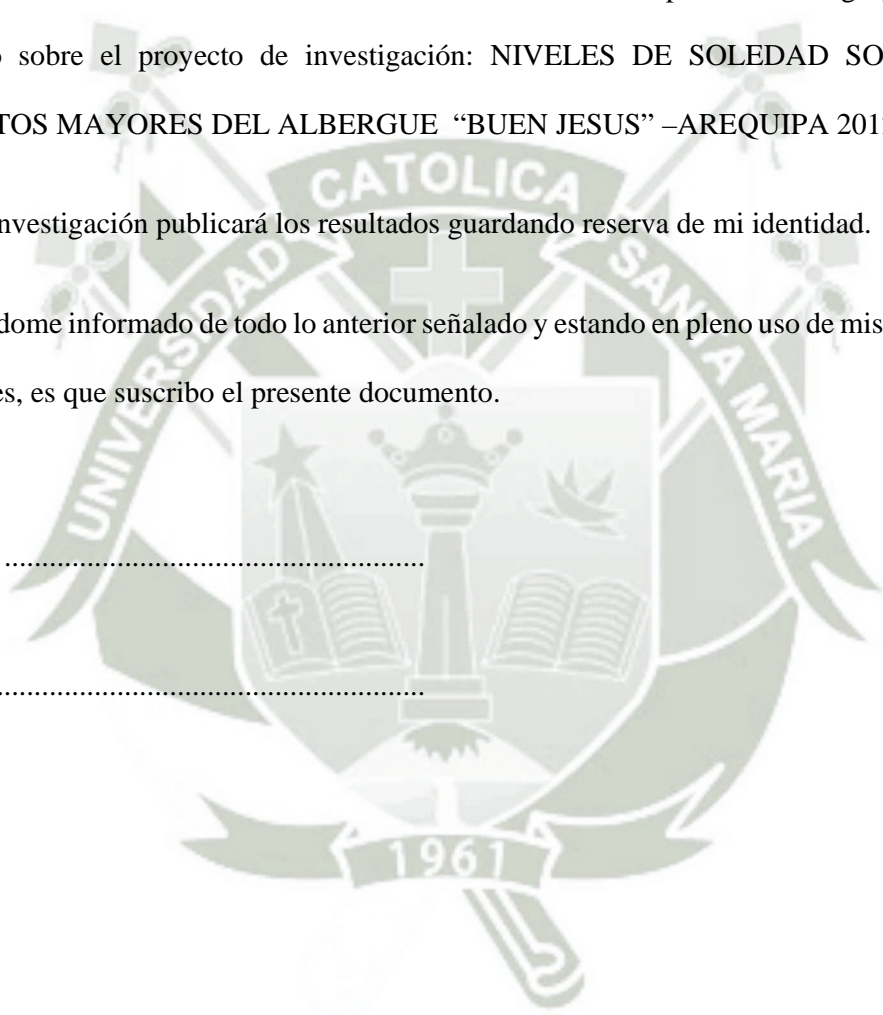
Yo de años de edad,
identificado con DNI y con domicilio
..... habiéndome explicado en lenguaje, claro y
sencillo sobre el proyecto de investigación: NIVELES DE SOLEDAD SOCIAL EN
ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE “BUEN JESUS” –AREQUIPA 2012

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.....



CEDULA DE ENTREVISTA

1. ¿Cuál es la edad que tiene usted?

60 - 65 ()

66 - 71 ()

72 -77 ()

78 a más ()

2. ¿Cuál es su sexo?

Femenino ()

Masculino ()

3. Tiene usted familiares

Esposa ()

Hijos ()

Hermanos ()

No tiene ()

Otros familiares ()

4. ¿Cuál es su origen de procedencia?

Arequipa ()

Puno ()

Cuzco ()

Otras ciudades ()

5. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero ()

Casado ()

Viudo ()

Divorciado ()

Conviviente ()



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA


CONSTANCIA

El Medico Jefe que suscribe:

Se hace constar que la Srta. MAYRA ISABEL VÁZQUEZ HERNANI ha aplicado el instrumento sobre "Niveles de Soledad Social en Adultos Mayores".

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que considere conveniente.

Atentamente,

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa
C.O.M. "Mons. Alvarado"

.....
DR. JOSE ALVARADO ACO
MEDICO JEFE
C.M.P. 14051 R.E. 9805

AREQUIPA, 03 De Octubre De 2013



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA

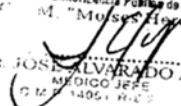
CONSTANCIA

El Medico Jefe que suscribe:

Se hace constar que la Srta. KELLY FLORES TORRES ha aplicado el instrumento sobre "Niveles de Soledad Social en Adultos Mayores".

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que considere conveniente.

Atentamente,

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa
"M. "Moses Torres"

Dr. JOSÉ SALVADOR ACOSTA
MÉDICO JEFE
C.M. 14951 H.C.S.

AREQUIPA, 03 De Octubre De 2013