

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor  
usuario de un centro materno infantil de Lima  
Metropolitana. 2016**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR**

Liz Mónica Guzmán Lenes

**ASESOR**

Luzmila Vilma Figueroa Ames

Lima - Perú

2017

**“GRADO DE APOYO FAMILIAR QUE PERCIBE EL ADULTO  
MAYOR USUARIO DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL  
DE LIMA METROPOLITANA. 2016”**

A Dios, por darme la oportunidad de existir y permitirme alcanzar mis metas al lado de mis seres queridos, como es la culminación de este estudio.

A mis padres Virginia e Hipólito, quienes cuidan de mí y me dan su amor sin condición. Gracias a ellos siento la motivación de ser mejor cada día.

A mi asesora la Mg. Luzmila Figueroa Ames, una sabia persona que me encamino y apoyo para el logro de este estudio.

A mis amigas y amigos que me motivaban cada vez que lo necesitaba. Y a Miguel que estuvo a mi lado en los momentos más importantes para la culminación de este

A la Lic. Carmen De Los Santos por brindarme todas las facilidades para la ejecución del presente estudio.

A los adultos mayores del Club “La Edad de Oro” por su participación y tiempo que me brindaron, las cuales fueron esenciales para el logro de este

## INDICE

RESUMEN .....	viii
SUMMARY .....	x
PRESENTACION.....	11
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	13
1.1 Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación.....	13
1.2. Formulación de objetivos. ....	17
1.2.1. Objetivo general. ....	17
1.2.2. Objetivos específicos. ....	17
1.3. Justificación de la investigación.....	17
1.4 Limitaciones del estudio .....	19
CAPITULO II. BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS.....	20
2.1. MARCO TEÓRICO. ....	20
2.1.1 Antecedentes del estudio. ....	20
2.1.2 Base Teórica Conceptual .....	27
2.1.3 Definición operacional de términos. ....	46
2.2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
2.2.1 Tipo de Investigación. ....	48
2.2.2 Población.....	48
2.2.3 Muestra. Muestreo .....	48
2.2.4 Criterios de inclusión. ....	48
2.2.5 Criterios de exclusión. ....	49
2.2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
2.2.7 Plan de recolección y análisis estadísticos de los datos. ....	49
2.2.8 Validez y confiabilidad.....	50
2.2.9 Consideraciones éticas. ....	51
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION .....	52

3.1 Resultados.....	52
3.1.1 Datos generales .....	52
3.1.2 Datos específicos.....	53
3.2 Discusión .....	58
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	63
4.1 Conclusiones.....	63
4.2 Recomendaciones.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	65

ANEXOS

- A. Operacionalización de la Variable.
- B. Matriz de Consistencia del Instrumento.
- C. Instrumento.
- D. Tabla de Concordancia.
- E. Consentimiento Informado.
- F. Medición de la Variable-Escala de Estanones.
- G. Tablas de Datos Generales.

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>N° GRAFICOS</b>		<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor. Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT - Lima – Perú. 2016	53
<b>2</b>	Grado de apoyo familiar de tipo emocional, instrumental e informativo percibido por el adulto mayor. Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT- Lima – Perú. 2016	54
<b>3</b>	Grado de apoyo familiar de tipo emocional, según indicadores, percibido por el adulto mayor. Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT- lima-Perú. 2016	55
<b>4</b>	Grado de apoyo familiar de tipo instrumental, según indicadores, percibido por el adulto mayor. Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT- Lima – Perú. 2016	56
<b>5</b>	Grado de apoyo familiar de tipo informativo según indicadores, percibido por el adulto mayor. Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT- Lima – Perú. 2016	57

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín” de Lima Metropolitana. 2016. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que se desarrolló en una población muestral de 47 adultos mayores registrados en el Club del Adulto Mayor “La edad de Oro” del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo Likert adaptado, el cual fue formulado por la autora y validado por ocho jueces expertos en una tabla de concordancia con un nivel de significancia de 0.008. **Resultados:** De los 47 adultos mayores encuestados, la edad promedio fue de 67 años; respecto al sexo, predomina el sexo femenino (66%); y referente al tipo de familia, es la familia extensa la de mayor proporción (48,9%). Respecto al grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor, los resultados muestran que la mayoría percibe este apoyo como parcialmente suficiente (36,2%) e insuficiente (31,9%). En cuanto a los tipos de apoyo familiar, la mayoría percibe el apoyo instrumental como suficiente (42,6%); las dos quintas partes percibe el apoyo emocional como parcialmente suficiente (40,4%) y más de la tercera parte percibe el apoyo informativo como insuficiente (38,3%). **Conclusiones:** El grado de apoyo familiar percibido por los adultos mayores usuarios del establecimiento de salud sede de estudio, es parcialmente suficiente, siendo este un índice no positivo para ellos, puesto que el no percibir un apoyo familiar suficiente, constituye un riesgo en el curso adecuado del envejecimiento de la persona y en su calidad de vida. Respecto a los tipos de apoyo, el apoyo emocional percibido por los



adultos mayores es parcialmente suficiente, el apoyo instrumental es percibido como suficiente y el apoyo informativo como insuficiente.

**Palabras clave:** Apoyo Familiar, Adulto Mayor.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the degree of family support perceived by the elderly user of Health Center "Tablada de Lurín" of Lima Metropolitana. 2016. **Methodology:** A quantitative, descriptive and cross-sectional study developed in a sample population of 47 older adults registered in the "Años de Oro" Club of Health Center "Tablada de Lurín", which carry on the inclusion and exclusion criteria. For data collection, an adapted Likert questionnaire was used, which was formulated by the author and validated by eight expert judges in a concordance table with a significance level of 0.008. **Results:** Of the 47 elderlies surveyed, the mean age was 67 years; With respect to sex, the female sex predominates (66%); And relative to the type of family, the extended family is the largest proportion (48.9%). Regarding the degree of family support perceived by the older adult, the results show that the majority perceive that this support is partially sufficient (36,2%) and insufficient (31,9%). Regarding the types of family support, the majority perceive the instrumental support as sufficient (42.6%); The two fifths perceive the emotional support as partially sufficient (40.4%) and more than one third perceive the information support as insufficient (38.3%). **Conclusions:** The degree of family support perceived by the elderlies users of the health establishment is partially adequate, which is not a positive index for them, since not receiving adequate family support constitutes a risk in the course Aging of the person and their quality of life. Regarding types of support, emotional support perceived by older adults as partially sufficient, instrumental support perceived as sufficient, and informational support as insufficient.

**Keywords:** Family Support, Elderly.

## **PRESENTACION**

El notable incremento de la esperanza de vida al nacer de los últimos años adicionado a la disminución de la tasa de fecundidad que se vive a nivel mundial y nacional, genera que las personas adultas mayores reflejen una proporción cada vez mayor en la pirámide poblacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al 2050 la población mayor de 60 años llegará a representar el 22% de la población total; es decir, existirá 1 adulto mayor por cada 5 personas.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala que la proporción adulta mayor fue del 9,9% en el 2016; asimismo, llama la atención el porcentaje de adultos mayores dentro de un hogar, el cual es representado por un 25,7%, esto evidencia como casi la tercera parte de los hogares peruanos posee una adulto mayor en casa, el cual necesita de apoyo para poder adaptarse a esta nueva etapa de vida y vivir así un envejecimiento activo y saludable.

La Ley de las Personas Adultas Mayores N° 28803, establece que es la familia la primera red de apoyo social para el adulto de 60 años a más, también llamada red de apoyo informal por darse dentro de las interacciones existentes de la persona, como son los familiares y amigos.

En este contexto, el apoyo familiar nace de las interrelaciones de los miembros, creando vínculos de afecto y respeto hacia el adulto mayor, lo cual contribuirá en la satisfacción de las necesidades de los mismos, a fin de procurar bienestar.

Asimismo, durante la etapa de vida adulto mayor aparecen cambios importantes en las esferas biológicas, emocionales, sociales y espirituales

propias del ser humano. Por lo cual, el papel de la familia constituye un eje medular para servir de apoyo tanto en el aspecto emocional, instrumental y de información que necesita la persona. Dentro de este contexto, es que se desarrolla la investigación titulada “Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un Centro Materno Infantil. 2016”; el cual se despliega en cuatro capítulos.

El Capítulo I: El Problema, relata objetivamente el contexto de la brecha entre lo real e ideal con respecto al apoyo familiar al adulto mayor; el Capítulo II: Bases Teóricas y Metodológicas, contiene estudios previos relacionados al tema y el marco teórico que sustenta la investigación. En el Capítulo III: Resultados y Discusión, narra objetivamente los hallazgos y los confronta con la base teórica y antecedentes previos. Posterior a ello, se presenta el Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones, en el cual de manera sucinta se describen las resoluciones y sugerencias respecto al tema estudiado. Finalmente, se presenta la fuente bibliográfica y se anexan formatos que han contribuido sustancialmente a la presente investigación.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación.**

Uno de los cambios y logros de nuestros tiempos es el notable incremento de la esperanza de vida al nacer de la persona. Debido a este y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas adultas mayores está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países de Europa y América, incluido el Perú. <sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como toda persona de 60 años en adelante y estima que entre el año 2000 al 2050, la población adulta mayor se duplicará pasando del 12% al 22% de la población total. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas con 60 años a más. Este cambio demográfico poblacional acarrea nuevas metas en la salud pública, pues resulta fundamental que los adultos mayores mantengan su independencia y conserven un lugar dentro de su vida familiar y comunidad, los cuales son redes básicas de apoyo para la adaptación a la nueva etapa vital.<sup>1</sup>

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicó en Diciembre del año 2016 la situación del adulto mayor, donde se señala que el proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta de 5,7% en el año 1950 a 9,9% para el año 2016. Indica también que en el III trimestre del año 2016, el 25,7% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona mayor de 60 años. También se reporta que en Lima Metropolitana se encuentra la mayor proporción de este grupo poblacional, donde 40 de cada 100 hogares cuenta con al menos

una persona adulta mayor, de los cuales el 25,1% cumple el rol de jefe(a) de hogar.<sup>1, 2</sup>

De acuerdo a la R.M. N° 941-2005-MINSA, denominada “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, el 5% de las personas adultas mayores estaría en situación de dependencia (aprox. 125,000 personas), y el 30% (750,000 personas) en condición de fragilidad, lo cual puede considerarse como un estadio de riesgo previo a la dependencia.<sup>4</sup>

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), las familias son espacios de socialización, formación, cuidado y protección de sus miembros, especialmente de los más vulnerables como son las personas adultas mayores. Asimismo las acciones de apoyo y cuidado hacia el adulto mayor, se dan principalmente en el propio domicilio, a cargo de los miembros de la familia, quienes ejercen esta labor de manera solidaria, espontánea y generalmente sin orientación ni información básica al respecto.<sup>1</sup>

Esta situación hace imprescindible conocer más sobre el adulto mayor y la realidad que este vive, conocer a su familia, quienes son su primera red de apoyo social, tal como se afirma en Art. 4 de la Ley N° 28803- Ley de las Personas Adultas Mayores, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES.<sup>1</sup>

Por otro lado, la biología de este grupo poblacional, atraviesa por el proceso irreversible que afecta de forma heterogénea a las células que conforman los seres vivos, las cuales con el paso del tiempo se ven sometidas a un deterioro morfo funcional que puede conducir las a la muerte. Según Kirkwood, todo ser vivo ha sido diseñado para

reproducirse y posteriormente extinguirse, puesto que una vez traspasado el umbral que deja atrás el periodo fértil de la vida, se inicia un declive progresivo de todas las funciones y capacidades con el consiguiente deterioro físico e intelectual, que significa un creciente riesgo de adquirir patologías crónicas, un mayor riesgo de morbilidad y dificultad para sus actividades de vida diaria.<sup>1, 2, 3</sup>

La adaptación a los cambios y pérdidas que van surgiendo con el envejecimiento, es imprescindible que el adulto mayor encuentre personas en quienes confiar y apoyarse; siendo la familia su principal red de apoyo por ser la unidad básica de la sociedad y el lugar donde se forman lazos de afecto, valores y cooperación entre sus miembros. En este contexto, los servicios de salud ofertan atención integral para los adultos mayores a través del Paquete de Atención por etapa de vida, donde la enfermera juega un rol importante para desarrollar estrategias que busquen el involucramiento de la familia hacia el cuidado y protección del adulto mayor.<sup>1</sup>

Lo descrito hasta entonces y la experiencia del trabajo de enfermería acumulada en los establecimientos de salud del primer nivel de atención donde se ha implementado la Estrategia Sanitaria del Adulto Mayor en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad (MAIS- BFC), se constata la vulnerabilidad de este grupo poblacional que debido al proceso de envejecimiento progresivo, afecta todas las esferas (biológicas, psicológicas y sociales), ubicándolo en condición de riesgo, hecho que se evidencia en los registros de a OMS/OPS donde la tasa de mortalidad en la adultez mayor revela que entre las principales causas se encuentra los accidentes y la deficiencia y anemia nutricional, hechos estadísticos que se asemejan a los de la

Estrategia del Centro Materno Infantil, donde el 10% de adultos mayores que han sido evaluados y categorizados como parcialmente dependientes; antecedentes de caídas, trastornos de la nutrición como bajo peso y sobrepeso en un 7%; afecciones sensoriales como son ceguera, hipoacusia y sordera en un 59%; problemas del estado afectivo; asimismo, la valoración socio familiar ha sido catalogada como “pobre relación social” en un 5%”. Por otro lado, por versión de los mismos, existen inadecuaciones ambientales en su hogar, presentan sentimientos de abandono e incluso algunos de ellos prefieren vivir en casas de reposo. <sup>5</sup>

Esta situación genera en mí las siguientes interrogantes: “¿Cómo es el apoyo familiar que tiene el adulto mayor?, ¿Cuál es el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor?, ¿el apoyo familiar que recibe el adulto mayor es suficiente?, ¿La familia está preparada para ser una red de apoyo para el adulto mayor en su hogar?, ¿el adulto mayor se siente apoyado en su hogar?

Por lo expuesto anteriormente se consideró necesario formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario del Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. Villa María del Triunfo. 2016?



## **1.2. Formulación de objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo general.**

Determinar el grado de apoyo familiar que percibe el adulto usuario del Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. Villa María de Triunfo. 2016

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

- Identificar el grado de apoyo familiar de tipo emocional que percibe el adulto mayor usuario del Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. Villa María de Triunfo. 2016
- Identificar el grado de apoyo familiar de tipo instrumental que percibe el adulto mayor usuario del Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. Villa María de Triunfo. 2016
- Identificar el grado de apoyo familiar de tipo informativo que percibe el adulto mayor usuario del Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. Villa María de Triunfo. 2016

## **1.3. Justificación de la investigación.**

Según resultados de la INEI en Diciembre del año 2016, el proceso de envejecimiento de la población peruana está en aumento, pues la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 pasó a 9,9% en el año 2016.<sup>3</sup>

Estos cambios en la estructura de la población ocasionados por el proceso de envejecimiento poblacional, repercuten en todas las esferas de desarrollo de la vida humana, tales como el plano económico, el social y el

familiar, planteando ello nuevos desafíos al Estado y el diseño de políticas públicas que puedan atender oportunamente las demandas y necesidades que irán surgiendo en los próximos años.<sup>1</sup>

Estos hechos demográficos y de vulnerabilidad que vive el adulto mayor, supone de estrategias a favor del mismo, tales como se vienen ejerciendo a favor del envejecimiento saludable. El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad (MAIS- BFC), concentra un Paquete para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor, el cual concentra cinco puntos cardinales: la evaluación integral, intervenciones educativas, la atención preventiva, atención de daños y visitas domiciliarias integrales; donde se busca orientar a la familia sobre el cuidado a realizar con el adulto mayor y a su vez identificar posibles riesgos para los cuidadores y prevenir problemas en su funcionalidad.<sup>6</sup>

Es por ello que siguiendo el los objetivos del Paquete para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor, la participación de la familia es fundamental para lograr los objetivos del mismo. Sin embargo muchas veces esta red de apoyo no cumple con su función, evidenciando casos donde la familia entrega el cuidado del adulto mayor a diferentes entidades públicas o privadas.<sup>7</sup>

Enfermería, interviene en la atención de salud a los adultos mayores en los diversos establecimientos de salud; donde la función asistencial prima en la atención primaria de salud, planificando y desarrollando estrategias de educación para la salud del adulto mayor con participación de la familia respaldado en su necesidad de apoyo para su cuidado integral a fin de lograr una mejor calidad de vida de los mismos, evitando sufrimiento por la aparición de problemas físicos y mentales incidentes en este grupo etario.

Es por ello que los resultados del presente estudio permitirán conocer la realidad del grado de apoyo familiar que percibe este grupo poblacional en aumento, el cual permitirá implementar planes de cuidados integrales e individualizados para el adulto mayor promoviendo una mejor calidad de vida.

#### **1.4 Limitaciones del estudio**

La principal limitación es su poder de generalidad, ya que los resultados sólo son correspondientes para el ámbito de estudio.

## **CAPITULO II**

### **BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS**

#### **2.1. MARCO TEÓRICO.**

##### **2.1.1 Antecedentes del estudio.**

###### **En el ámbito Internacional**

En México, Navarro Elías M. y Leitón Espinosa Z. en el año 2013 realizaron la investigación “Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el área urbana-México” con el objetivo de determinar los factores asociados a la calidad de vida de los mismos, uno de los factores estudiados fue el apoyo familiar. El enfoque de la investigación fue el cualitativo en una muestra de 118 adultos mayores pertenecientes a 3 centros de atención para el adulto mayor; la técnica utilizada fue la entrevista a profundidad desarrollada entre los años 2010-2012; llegando entre otras a las siguientes consideraciones finales:

*“Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar.*

*El apoyo familiar no correlacionó significativamente en forma directa con la calidad de vida. Sin embargo, si correlacionó en forma directa con 6 de las 8 dimensiones de la calidad de vida: dimensión rol físico, función física, vitalidad y rol emocional y en forma inversa con la dimensión dolor corporal y función social. ”<sup>8</sup>*

En Chile, García Araneda N, en el año 2012 realizó la investigación “Apoyo Emocional, Instrumental y Material hacia el Adulto Mayor: Una percepción desde los hijos” con el objetivo de describir la percepción de los hijos de adultos mayores en el periodo comprendido entre los meses

de Julio a Setiembre del año 2012. Se realizó un estudio tipo cualitativo, cuya técnica fue la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada a 6 hijos de adultos mayores; llegando a las siguientes conclusiones:

*“Los hijos consideran que uno de los aspectos más relevantes del apoyo es aquel de carácter emocional por sobre aquellos de carácter material o instrumental, señalando que dicha forma de apoyo responde a cuestiones relativas al amor y cariño que debiese ser aportado a sus padres en rigor de mantener su bienestar.*

*Señalan además que demuestran su afecto a través de expresiones no verbales, tales como regalos, visitarlos, acompañarlos y darles sus gustitos...”<sup>9</sup>*

En Colombia, Zapata L., Delgado V y Cardona A. en el año 2011 realizaron la investigación “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis” con el objetivo de describir las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor, se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo-transversal en 239 adultos mayores por medio de la encuesta; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“El apoyo familiar cobra un valor significativo para las personas mayores a medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. En este sentido, es importante que los adultos mayores no solo sean reconocidos como receptores de servicios sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales basados en la experiencia y sabiduría.<sup>10</sup>*

En Cuba, Collazo García Y. y García Sánchez L. en el año 2009 realizaron la investigación cualitativa “¿Apoyo Familiar a los ancianos?” con el objetivo de conocer la situación de apoyo familiar que percibe el adulto mayor, fueron estudiados 12 casos muy diversos en la provincia de

Villa Clara, entre adultos mayores que Vivian solos y con hijos, adultos mayores dependientes y adultos mayores institucionalizados; cuya técnicas de recolección de la información fueron: la observación y entrevistas a profundidad; llegando entre otras a las siguientes consideraciones finales:

*“De los seis casos estudiados no institucionalizados, el apoyo familiar en su dimensión material estuvo presente en el 83% de los casos, siendo el conyugue y los hijos primordiales para brindar este tipo de apoyo.*

*En los adultos mayores institucionalizados ninguno de ellos recibe apoyo material por parte de sus familiares.*

*En la esfera subjetiva se encontró las mayores carencias, siendo un 75% que perciben un apoyo cognitivo y emocional insuficiente a nulo.*

*Las familias resultaron tan diversas como diversidad de apoyo familiar que se pudo encontrar; y estas están influenciadas por una serie de determinantes socioculturales y familiares que marcan su heterogeneidad.”<sup>11</sup>*

En Cuba, Gonzales A. y Vázquez Y. en el año 2004 realizaron la investigación “Importancia de la Participación Familiar en el control de la HTA” con el objetivo de caracterizar la participación familiar y la relación médico- familia en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias pertenecientes al policlínico de Mata municipio de Cifuentes, Villa Clara – Cuba; utilizaron como técnicas para la recolección de la información a la observación documental, entrevistas al equipo de salud y a un familiar allegado del paciente que fuera conviviente con él; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“La deficiente interrelación médico-familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo familiar deficiente al hipertenso estuvieron*

*muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial...*

*Para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad que atiendan las necesidades importantes a estos enfermos.”<sup>12</sup>*

### **En el ámbito Nacional**

En Lima, Arias Bramón M. y Ramírez Gutiérrez S. en el año 2013, efectuaron la investigación “Apoyo Familiar y Practicas de Autocuidado del Adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Zona Urbana-Distrito de Pachacamac” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables. Es un estudio de tipo cuantitativo correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores registrados en el Consultorio Médico Parroquial de la zona urbana de Pachacamac y 48 familiares cuidadores, utilizándose un instrumento (encuesta) para cada variable; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“Se identificó que el principal cuidador es la hija... El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%, según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%.*

*Estas variables no se encontraron relacionadas, siendo independientes entre sí.”<sup>13</sup>*

En Trujillo, Carbajal Esquivel G. y Moya Vega S. en el año 2013 realizaron la investigación de tipo cuantitativo correlacional “Grado de depresión y Apoyo Familiar percibido por el Adulto Mayor” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables, la muestra estuvo conformada por 35 adultos mayores que asisten al Centro de Salud de

Wichanza y el instrumento utilizado un cuestionario aplicado al adulto mayor; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“El grado de depresión de los adultos mayores califico como muy deprimido en el 57,1% y el nivel de apoyo familiar para el adulto mayor fue moderado en un 45.7%... El nivel de depresión se relaciona significativamente con el apoyo familiar percibido por el adulto mayor.*

*Según los datos encontrados, se sustenta que el adulto mayor estara en mejores condiciones de evitar o enfrentar la depresión si cuenta con un apoyo familiar.”<sup>14</sup>*

En Trujillo, Rodríguez Alayo S. en el año 2012 realizo la investigación “Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar. 2012” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables. El estudio fue de tipo cuantitativo correlacional con una muestra de 65 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche; utilizaron el instrumento validado “APGAR FAMILIAR” y un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“Se encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron alto grado de apoyo familiar y el 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno. Se encontró que los adultos mayores hipertensos evidencian una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida, demostrándose que existe una correlación bilateral significativa entre ambas variables.”<sup>15</sup>*

En Trujillo, Leitón Z., Sagástegui D., Santillán R., Serrano F. y Chávez D. el año 2012 realizaron la investigación de tipo cuantitativo correlacional “Adaptación de la persona adulta mayor al envejecimiento



con apoyo familiar, independencia funcional y depresión” con el objetivo de determinar la relación entre las tres variables, la muestra estuvo conformada por 68 adultos mayores y la información fue recolectada por entrevista aplicando 4 escalas: Escala de adaptación elaborada por Leitón (2011), la escala de apoyo familiar elaborada por Leitón (1997), la escala de valoración independencia funcional de las actividades de la vida diaria por Katz y Barthel y la escala geriátrica de Yesavage; llegando entre otras a las siguientes conclusiones:

*“El 69,1 % tuvo un nivel alto de adaptación, 85,3 por ciento son independientes funcionalmente en actividades básicas de la vida diaria, el 72.1% independientes en actividades instrumentales de la vida diaria, 80.9% sin depresión, y el 82.4% presenta alto grado de apoyo familiar. Además existe relación altamente significativa entre las variables nivel de adaptación con apoyo familiar y depresión y existe relación significativa entre las variables nivel de adaptación con Independencia funcional a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.”<sup>16</sup>*

La presente recopilación de investigaciones, permite tener un acercamiento con el tema de estudio sobre el apoyo familiar que percibe el adulto mayor.

En ese sentido, a nivel internacional se han realizado diferentes investigaciones cualitativas y cuantitativas; a diferencia de los estudios a nivel nacional, donde el predominio ha sido el enfoque cuantitativo, probablemente por la inclinación de los investigadores a obtener estadísticas inferenciales en sus estudios. Por ejemplo, en el estudio de Collazo (Cuba), fueron estudiados 12 adultos mayores en diferentes escenarios, donde la autora explora y describe la situación de los mismos, pero por el mismo enfoque no ha sido posible una inferencia de la población estudiada.

Si bien es cierto, la mayoría de las investigaciones presentadas son de tipo correlacional, donde estudian el apoyo familiar en la población adulta mayor que padece de una enfermedad crónica o en relación con la calidad de vida. Los resultados de las investigaciones revelaron contraposiciones unas con otras, es decir, en algunos estudios la variable apoyo familiar si presentó relación significativa con la proceso de enfermedad o de la calidad de vida del adulto mayor; sin embargo, en otra investigación con las mismas variables de estudio, no presentaron dicha relación. Por otro lado, también se presentan estudios de tipo descriptivo del apoyo familiar que percibe el adulto mayor, según dimensiones; siendo en casi todas la dimensión instrumental la más atendida por la familia, en especial el conyugue y las hijas mujeres.

Otra diferencia entre los estudios internacionales y nacionales es la muestra de estudio. En los estudios internacionales, la población muestral varia de 100 a 130 adultos mayores y a nivel nacional, esta está conformada de 40 a 70 adultos mayores. Esta es una diferencia numérica muy marcada, pero que se justifica en el número total de habitantes con que se diferencia Perú de los demás países, tales como México y Colombia, países con mucha mayor población total.

Las técnicas más utilizadas para el recojo de información de la variable apoyo familiar fue la observación y la encuesta, siendo los instrumentos de mayor preferencia la escala y el cuestionario, que les permitió obtener un resultado general y además analizar la información según las dimensiones de estudio.

En conclusión, los reportes de las investigaciones revisadas permiten considerar la factibilidad de realizar una investigación de tipo cuantitativo

respecto al apoyo familiar que percibe el adulto mayor y así obtener resultados estadísticos que describan este fenómeno de una manera más objetiva. Asimismo, el hecho de evidenciar varios estudios correlacionales con alguna patología del adulto mayor, inducen a la necesidad de estudiar este apoyo familiar hacia él y no hacia su patología.

## **2.1.2 Base Teórica Conceptual**

### **2.1.2.1. El Apoyo Familiar en el contexto del Apoyo Social**

La teoría de apoyo social nace desde los años 60 y 70 donde autores como John Bowly (1969), Cassel J.(1974-1976), Cobb S. (1976), Lin (1979) entre otros, conceptualizarían al apoyo social como *“el proceso en que se dan las transacciones entre las personas, donde los une vínculos significativos y que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación”*. Cobb (1976) ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental.<sup>17, 18</sup>

Así, el concepto de apoyo social es entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci, 1980). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula, reunidas en cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. La teoría del apoyo social sostenida por Faucett y Wall (1991), toma como base conceptos de Antonucci y considera a la familia como un sistema de apoyo positivo, promotor y útil; este apoyo será en forma de bienes y servicios, información, protección a los efectos del estrés y ayuda

en crisis; asimismo, refiere que los niveles bajos de apoyo familiar están asociados a la disminución del bienestar.<sup>17, 18, 19</sup>

Hanson, Isacson y Lindell (1989) consideran dentro del apoyo social a la familia y tipifica estas transacciones en espiritual, emocional, instrumental e informativo. Asimismo, Wasserman y Danforth (1988) sostienen que el apoyo social constituye un fenómeno familiar y un lugar común de la interacción humana que ocurre con frecuencia y de forma espontánea entre las personas. Lemos y Fernández (1990) definen el apoyo social como *“una serie de círculos internos y externos concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño”*. Por último una teoría más actual Carolina Aranda y Manuel Pando (2013), la define como *“las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar a alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejos, aceptarse, satisfacerse e informarse.”*<sup>17, 20</sup>

En efecto, el hecho que destaca de esta revisión y análisis de las distintas definiciones de Apoyo Social ofrecidas por diversos autores, es su gran diversidad. No obstante a pesar de esta diversidad puede encontrarse elementos convergentes y ciertamente si en algo se muestran de acuerdo los investigadores es en el carácter multidimensional del constructo de apoyo social. Gracia Fuster refiere que para el apoyo social *“es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una perspectiva cualitativa o funcional”*. Así pues, encontramos que este constructor de apoyo social es estudiado por diferentes enfoques y por diferentes abordajes, según autores, contextos y perspectivas.<sup>17</sup>

Existe un amplio acuerdo entre los investigadores en distinguir al menos 3 funciones fundamentales del apoyo social: apoyo emocional, apoyo instrumental (denominada también material o tangible o ayuda práctica) y el apoyo informativo (que incluye además consejo, orientación o guía). Otros autores incluyen además otras funciones como el apoyo de estima, feedback, compañía social entre otros, que logran la satisfacción de las necesidades de las personas. (Weiss, 1974).<sup>17, 21</sup>

Actualmente, estas redes de apoyo han venido siendo estudiadas y han llegado a la siguiente conclusión: las consecuencias del estrés serán menores y la resistencia a la enfermedad mayor, si existen relaciones de apoyo. Tal como lo señala Cobb, 1976; Cohen y Wills (1985). En Thebufferinghypothesis “la hipótesis del efecto amortiguador”, donde se afirma que *“el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no presenten redes de apoyo, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes redes de apoyo”*.<sup>22</sup>

En la teoría de apoyo social se distingue dos tipos de redes que brindan este apoyo: las formales (en el que las interacciones que se brindan se dan principalmente por grupos, organizaciones, centros sociales, centros de salud, entre otros) y las que interesa al presente estudio: las informales, en donde las interacciones existentes se dan principalmente por la familia, conyugue, hijos, hermanos y familiares, pues la familia conforma el principal recurso donde las personas acuden en busca de ayuda y que han demostrado tener eficacia.<sup>17</sup>

La OMS define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Por

otro lado Claude Lévi-Strauss sostiene que la familia tiene su origen en el establecimiento de una alianza entre dos o más grupos de descendencia a través del enlace matrimonial entre dos de sus miembros. Asimismo el MAIS-BFC, define a la familia como la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno.<sup>7, 23</sup>

Las familias se constituyen en el principal referente de los individuos y la sociedad. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud. Un estudio realizado sobre el binomio familia y adulto mayor concluyó que las familias necesitan estar preparadas y sensibilizadas para la convivencia y atención de sus adultos mayores y como consecuencia del proceso de transición demográfica que vive el mundo de hoy, esta afirmación debería tenerse en cuenta y comenzar iniciativas que mejoren las condiciones de los adultos mayores.<sup>9, 24</sup>

Entonces, entendemos a la familia como el primer soporte de ayuda hacia alguno de sus miembros, es decir, brinda apoyo familiar. Para definir el apoyo familiar, citaremos a Barrera y Ainlay (1990), quienes definen el apoyo familiar como una diversidad de conductas naturales de ayuda donde los individuos que la reciben interactúan socialmente con quienes la otorgan.<sup>15</sup>

Arias y Ramirez (2013) sostienen que el apoyo familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas:

proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar.<sup>23</sup>

Es así, que entendemos el apoyo familiar como ese conjunto de acciones que nace dentro de las relaciones interpersonales entre miembros de una familia, que contribuyen a la satisfacción de las necesidades de los mismos, a fin de procurar bienestar y reducir el estrés.

### **2.1.2.2. El Apoyo Familiar al Adulto Mayor**

#### **2.1.2.2.1. El Adulto Mayor**

La OMS, define al adulto mayor, como la persona que comprende las edades de 60 años a más; asimismo, considera a las personas de 60 a 74 años, como adultos mayores jóvenes; de 75 a 89 años, adultos mayores ancianos y de 90 a más años, adultos mayores longevos. En el Perú, el MAIS-BFC categoriza al adulto mayor como saludable, enfermo, de riesgo y geriátrico complejo, según características estandarizadas que se identifican en la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).<sup>25</sup>

Durante la adultez mayor tienen lugar importantes cambios en las características y uso de las redes de apoyo, debido a los cambios que en esta etapa de vida aparecen, tanto en su aspecto físico, psicológico y social, todos ellos en constante interrelación. A continuación se describirá la síntesis de los cambios más resaltantes que atraviesa el adulto mayor:

a) En la dimensión biológica, la mayoría son capaces de tener una vida normal e independiente bajo condiciones basales, pese a que su reserva se reduce y la capacidad funcional declina, esto debido a que el organismo compensa la involución con otras capacidades. Sin embargo, esta involución es inevitable y el deterioro sigue su curso progresivo conforme avanza la edad. Los cambios más visibles son la disminución de la capacidad sensitiva, el sentido de la vista declina con la disminución de la capacidad visual debido a los problemas oftalmológicos que aparecen; asimismo el sentido del oído, donde aparecen las hipoacusias laterales y bilaterales; la piel se hace más frágil, delgada, seca, y más transparente, lo que lo vuelve más vulnerable frente a cualquier laceración, también disminuye la fuerza muscular, lo que limita su capacidad de movimiento; aunado a esto está el declive de los reflejos, haciendo a estos factores como contribuyentes a las caídas en los adultos mayores. El ciclo del sueño se altera generando insomnios y la necesidad de descanso durante el día. El músculo cardíaco disminuye su fuerza de contracción y aumenta la presión arterial. Existe tendencia al estreñimiento debido a la disminución de fuerza para el peristaltismo y pérdida de la sensación de sed. Puede haber incontinencia o retención urinaria, debido a la debilidad de los músculos pélvicos debido a la disminución del tono muscular general. Es frecuente las enfermedades que se traduce en pérdida de la capacidad física y/o funcional (Rodríguez, 2011).<sup>26, 27</sup>

b) En la dimensión psicológica, las más perceptibles son las referidas a las capacidades intelectuales, de personalidad y de carácter. En los adultos mayores la fluidez para resolver problemas nuevos y organizar información es inferior y el aprendizaje no se modifica en su esencia, ya que esta se completó con la adultez. La memoria es otra capacidad que se



ve afectada, ya que el adulto mayor necesita de mayor tiempo para recordar episodios actuales o almacenados en la memoria de corto plazo, sin embargo, la información almacenada en la memoria de largo plazo aún sigue vigente sin alteración, a excepción de padecer algún problema mental como es el Alzheimer, el cual lleva al adulto mayor a un estado de mayor vulnerabilidad por el riesgo a perderse, ya que sufre lagunas mentales donde se desorienta. También aparecen los problemas en la salud mental, tal como la depresión, debido a las experiencias negativas como la pérdida de la salud, la jubilación y la muerte del conyugue, familiares, y amigos.<sup>26, 28</sup>

c) En lo social, la vejez no confiere estatus por sí sola. La pérdida gradual del reconocimiento, del poder, de la autoridad, sentirse relegados a una condición inferior por no ser útil, no solicitarle su contribución y querer controlar sus decisiones contribuirán a mermar su dignidad, autoestima y confianza en sí mismo. La jubilación en muchas ocasiones puede ser desfavorable para la salud física y mental del adulto mayor, pues supone el paso brusco de una situación productiva a otra pasiva, pero que a la vez es improductiva la cual acarrea un desequilibrio sin posibilidad de adaptación progresiva generadora de ansiedad y depresión. Sin embargo hay que rescatar que uno de los aspectos más valiosos en la vejez es el tiempo libre.<sup>26</sup>

d) Referente a la espiritualidad, es una de las dimensiones más trascendentales para el adulto mayor, ya que está conformada por sus creencias y convicciones que fueron formándose durante toda su vida y que le dan sentido a su vida. Así pues, la necesidad de un amor incondicional y un sentimiento de proximidad a Dios se intensifican, ya que estas pueden resultar de apoyo en la etapa final de la vida, o en caso

contrario vivirán un vacío y sufrimiento espiritual. La espiritualidad puede influir tanto en el bienestar de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento.<sup>26</sup>

El resultado final de todas estas pérdidas y cambios en toda su integridad y complejidad, dificulta muchas veces su adaptación, lo que aumenta más la vulnerabilidad del adulto mayor frente a estos cambios que se traducen en muchas oportunidades a crisis de adaptación, según Erickson es la crisis de “desesperación” donde el adulto mayor no se adapta a estos cambios que suscitan en su nueva etapa de vida tales como la jubilación, sucesos vitales como la muerte seres queridos o los procesos de enfermedad que aparecen.<sup>17, 29</sup>

Entonces, el entorno social adquiere gran importancia para la persona adulta mayor, por los cambios y la labilidad que puede presentar el adulto mayor como antes hemos mencionado. Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo.<sup>26</sup>

Es por ello que en el adulto mayor el significado que tienen las redes de apoyo para su calidad de vida son mayores, pues no solo les brinda todo el apoyo material e instrumental para mejorar su condición de vida; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, las percepciones que desarrollan las personas mayores que participan con redes respecto al desempeño de roles sociales significativos es considerado un elemento clave en su calidad de vida.<sup>30</sup>

Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si se pertenecía a una red se estaba apoyado. Las investigaciones gerontológicas desmintieron que esto fuera así y empezó la preocupación por un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Algo que resultó sumamente importante fue el hecho de pertenecer a una red social, no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Por eso, hoy en día, saber sobre la continuidad de la ayuda en la etapa de adultez mayor resulta fundamental.

31

Dado que la familia forma parte de la red informal de apoyo hacia la persona, en este caso, el adulto mayor; es considerada la célula de la sociedad y como sistema depende y está en interrelación continúa con el microsistema social. Además juega un rol importante, ya que en su dinámica existe la transacción de apoyo entre sus miembros, por ejemplo entre padres e hijos, pero conforme pasan los años, este apoyo también cambia, se invierte, ya que cuando los padres envejecen, y estos necesitan mayor apoyo y son los hijos quienes serán los principales dadores de apoyo para sus padres.

Es por ello que la familia sigue siendo un elemento fundamental en la atención del adulto mayor, considerándolo como un lugar de reencuentros y reaprovisionamiento psicológico al cual la persona acude en momentos de dificultad. Investigaciones realizadas en Cuba han demostrado que la dimensión familia, es la que más contribuye a la percepción de una alta calidad de vida para las personas de edad avanzada; y además constituye para estas, la principal fuente de ayuda, compañía, cuidados y respeto. Es una institución que cumple un importante rol para el desarrollo social y el

bienestar de sus miembros, así como en el espacio donde se profundizan los lazos de solidaridad como red social de apoyo. Así pues acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes, condicionados en esa etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y sistemas normativos.<sup>10, 15</sup>

En Cuba, la Universidad Central “Martha Abreu” investigó sobre las diversas relaciones sociales que mediaban el proceso de envejecimiento en el adulto mayor y una dimensión estudiada fue la familia, por ser considerada un verdadero agente activo del desarrollo social: escenario de grandes acontecimientos, transformaciones; lugar donde se encuentra seguridad y apoyo. Por otro lado, cuando se adentró en el apoyo social brindado por las familias se hicieron algunas consideraciones socio psicológicas: la familia ante las personas mayores cubre fundamentalmente aquellos aspectos no visibles como es el afecto.<sup>10</sup>

La cohabitación que vive el adulto mayor con su familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, aunque se da también sin ella, especialmente en cuanto al apoyo material y emocional.<sup>10</sup> Sin embargo a futuro se detectan dos hechos fundamentales que ponen en duda la capacidad de la familia para asumir responsabilidades sobre el adulto mayor. En primer lugar, los cambios demográficos - en particular la baja de la fecundidad - tendrán efectos significativos al disminuir el número de miembros potenciales dadores de apoyos. En segundo lugar, ya que en buena medida los apoyos familiares están basados fundamentalmente en la ayuda femenina,

la mayor participación de la mujer en la actividad económica y la tendencia hacia una mayor independencia de ésta en el plano social ponen en duda la continuidad de un modelo de cuidado y apoyo instrumental dados por las mujeres del hogar.<sup>29, 32</sup>

Por otro lado, este apoyo familiar no es universal ni homogéneo e incluso puede estar ausente. La familia asiste y cuida a sus miembros en edad avanzada pero de una manera diferencial, dependiendo de algunas características sociodemográficas, económicas, culturales y la condición en la que se encuentra el adulto mayor.<sup>10</sup>

Por ello, el apoyo familiar puede ser tan diverso como los diversos tipos de familia que existen y es en esta, donde se enseñan valores, se da la dinámica de apoyo y cuidado entre sus miembros. En un estudio de Collazos García. (Cuba) el apoyo que perciben los adultos mayores, son transferidos del conyugue, hijos y nietos, en ese orden quienes otorgan las dimensiones de afecto y educación a los adultos mayores, y la dimensión instrumental cubierto por las familias y por el mismo adulto mayor en su proceso de compensación; por ejemplo, caminar más lento y con descansos para no agotarse y realizar varios viajes para trasladar sus cosas; así compensa la disminución de su fuerza, entre otros. Además que son varios adultos mayores que cuentan con jubilación y aportan (aunque no es suficiente) en la economía de sus gastos para la satisfacción de sus necesidades. Es decir, para este estudio, la familia tiene como principal función el apoyo en sus dimensiones afectivas y cognitivas.<sup>10</sup>

Además, el apoyo familiar es visto como valor primordial para un adecuado desarrollo humano en sus diferentes etapas de la vida y en la

adultez mayor contribuirá favorablemente en su adaptación a esta etapa vital y a desarrollar una mejor calidad de vida; ya que no basta con mantener al adulto mayor con más años de vida, sino de procurar que estos años sean de satisfacción para el adulto mayor.<sup>10</sup>

Collazo García, menciona que el apoyo familiar que se brinda al adulto mayor está determinado por el hecho de ser educados desde la niñez con una cultura de la vejez, cariño y respeto a esta etapa de la vida, la comprensión de que es una etapa diferente en donde prima la sabiduría y experiencia y en la que también se es útil e importante.<sup>10</sup>

#### **2.1.2.2.2. Tipos de Apoyo Familiar**

Bajo la revisión bibliográfica y análisis de las teorías de apoyo social, en especial la teoría de apoyo social sostenida por Coops en el año 1976 “Social Support as a Moderator of life Stress”, donde indica que el apoyo social ofrece a los individuos beneficios, tales como información relativa (percepciones) a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social. Es decir, él sostiene que el apoyo se da en tres clases: emocional, de estima e instrumental.

Del mismo modo, Fawcet y Wall (1991), en su libro Family Theory Development in Nursing, estudiaron el apoyo familiar, usando como base la tipología de Khan y Antonucci (1980), donde se sostiene que este apoyo se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Considerando cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales e informativo.

Por último la presente investigación, considera el estudio de apoyo familiar que realiza la investigadora enfermera-geriatra Zoila Leitón, quien

dimensiona el apoyo familiar en tres dimensiones: afectivo, de estima e instrumental en su estudio “Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social, y apoyo familiar”

Siguiendo estos tres referentes en el tema y bajo los conceptos y categorizaciones con que trabajaron el apoyo familiar; el presente estudio dimensiona el apoyo familiar de la siguiente manera: apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo informativo. Los cuales, según Martha Vera Mendoza (2007) en su estudio titulado “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, permiten al adulto mayor gozar de una mayor calidad de vida. <sup>33</sup>

- Apoyo emocional

Hace referencia a las relaciones expresivas, tanto como un fin en sí mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y filiativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorado y aceptado por los demás o resolver frustraciones (Lin, 1986)<sup>17</sup>. Además Antonucci agrega a esta dimensión, características básicas como el afecto, la compañía, la escucha y el reconocimiento.

El afecto, es una de las pasiones del ánimo que se inclina hacia una persona especial, en este caso al adulto mayor, enfatizando confianza, atención y amor; estableciendo una relación de concesiones mutuas basadas en un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas y otras demostraciones de amor. El afecto y el cariño se asocian con la tranquilidad del ánimo de la persona y buscan el bienestar de la misma. (Leitón, 1997)<sup>34</sup>

La compañía es otro apoyo importante para el adulto mayor, sentirse acompañado para una persona adulta mayor, cubre las necesidades de seguridad y protección, y es un factor protector para los síntomas de soledad y depresión. Pero esta compañía incluye además la actividad social, es decir la incorporación del adulto mayor dentro de las actividades del hogar, sobre todo la de carácter lúdico, que es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, entre otros, son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres.<sup>26</sup>

Se estima que 1 de cada 7 adultos de la tercera edad sufre depresión. Por ello, lo que más se le recomienda a una persona adulta mayor deprimida es conversar, que abra su corazón y nos permita conocer todo lo que está dentro de él, que saque todo lo que tiene adentro para que se desahogue y se sienta comprendido. Pero para esto es necesario que tenga personas quienes la puedan escuchar, he aquí donde entra otro apoyo importante por parte de la familia; la escucha.<sup>35</sup>

Existe una dificultad clara por la que la familia, en especial a los nietos se les dificulta este apoyo, y es porque los adultos mayores tienden a contar sus historias una y otra vez, ya que su memoria a largo plazo es la que se conserva mejor, además que posee lagunas mentales que lo alejan de saber si ya contaron esa historia hace poco. Entonces el escuchar va más allá de unos minutos de conversación con él, va significar paciencia y amor por largas horas para demostrarle que nos importa su historia, que nos importa él.

Pero resulta que los adultos mayores viven en una perpetua soledad, están abandonados y en depresión, así que no les queda otro camino más



que caer cada vez más en esa profunda tristeza que lo va agobiando, haciéndolo sentir peor, con menos deseos de vivir.<sup>34</sup>

El reconocimiento en el adulto mayor va de la mano de la valoración de su autoestima, la retroalimentación de conductas positivas en la persona y permitir verse a sí mismo en forma integral. (Hogue, 1981)<sup>17</sup>

Krzejmen (2001) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”<sup>33</sup>

Del mismo modo, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) señala que el reconocimiento a la persona adulta mayor, contribuye a una imagen positiva de la adultez mayor, puesto que permite dar a conocer, que luego de los 60 años, la vida nos puede seguir llenando de satisfacción, logros, afecto y realización; caso contrario, quedarnos anclados con la imagen negativa del envejecimiento (pérdida de autonomía y control, padecimientos crónicos, carencias económicas, mayor carga familiar y social), no permite apreciar, que esta etapa de la vida también puede ser positiva y vital.<sup>40</sup>

#### - Apoyo Instrumental

Hace referencia al suministro de bienes materiales y servicios que contribuyen en la solución de problemas prácticos y mejorar su condición de vida. Está referido a las conductas que ayudan directamente a la

persona adulta mayor e implican un flujo de recursos monetarios y no monetarios. Entre ellos, encontramos:

El dinero, que es el medio por el cual el familiar facilita de bienes y servicios necesarios para la satisfacción de las necesidades del adulto mayor, tales como la alimentación, vestido, alojamiento y salud, y que a la vez estos se den en las condiciones deseadas; es decir, que sean saludables para el adulto mayor. Collazos menciona que son varios adultos mayores que cuentan con jubilación y aportan en la economía de sus gastos para la satisfacción de sus necesidades, además si el adulto mayor cuenta con un dinero propio este tiene que ser respetado por la familia.<sup>10, 35</sup>

Por otro lado, el artículo 9 de la Ley N° 28803, establece a la persona adulta mayor como sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en casos de emergencia médica o en enfermedades de carácter terminal, es por ello que el MINSA registra un Paquete Integral de Atención para la Etapa de Vida del Adulto Mayor, el cual integra un conjunto de acciones preventivo-promocionales dirigidos al Primer Nivel de Atención, es por ello la importancia de contar con un aseguramiento para el adulto mayor así como un control médico periódico del adulto mayor saludable, para prevenir y/o detectar precozmente patologías y para educarles en su autocuidado. Se recomienda por lo menos un control anual antes de los 70 años y por lo menos dos controles anuales después de los 70 años.<sup>5</sup>

Otro aspecto importante es procurar un ambiente cómodo para el adulto mayor. La experiencia de cuidar en casa se ha tornado cada vez más frecuente en lo cotidiano familiar. En consonancia con esa tendencia, las

políticas de atención al adulto mayor defienden que el domicilio se constituye en el mejor medio local para el envejecer, ya que suponen posibilidades de garantizar la autonomía y preservar su identidad y dignidad.

Su lugar de descanso y sueño debe contener características prescindibles tales como la incorporación de calendarios, reloj, retratos y recuerdos que favorecen su memoria y orientación, además de un cama cómoda y no favorezca el reposo y evite daños físicos como las caídas.<sup>36</sup>

#### - Apoyo Informativo

También llamado apoyo cognitivo como lo define Fawcett y Wall (1991) como el proceso en el cual las personas buscan información, intercambio de experiencias, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.<sup>37</sup>

Este tipo de apoyo facilita información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, disminuyendo así el sentimiento de angustia y confusión e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.<sup>38</sup>

Bogue (1991) refiere que el apoyo informativo es aquel que está relacionado con la entrega de noticias o información de cómo resolver problemas personales o del entorno, a través de explicaciones, consejos y orientaciones.<sup>17</sup>

### **2.1.2.3. Enfermería en el Apoyo Familiar al Adulto Mayor**

El Modelo de Atención Integral de Salud –Basado en la Familia y Comunidad, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo priorizando las actividades de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, reconociendo que la familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Por ello, en el campo de la salud, la familia se constituye como la unidad básica de la salud, en la cual sus miembros tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero. Además que la familia influye de manera positiva o negativa en la salud y en la enfermedad de sus miembros por medio de sus creencias, costumbres y estilos de vida que nace y se comparte dentro de la familia.<sup>7</sup>

Frente a esto, el Estado entrega esta responsabilidad al equipo multidisciplinario, entre ellos a la enfermera, a fin de identificar y abordar las diferentes necesidades de Salud de las personas en cada etapa de vida (recién nacido, niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud) sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte. Así nacen los paquetes de atención integral de salud, que cubren un conjunto de necesidades específicas para cada equipo-objetivo.

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores establece dentro de las responsabilidades en el Primer Nivel de Atención:

- Constituye un equipo interdisciplinario, el cual variará de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento y a la disponibilidad de recursos humanos en el mismo.
- Elabora y ejecuta el Plan Operativo de la Etapa de Vida Adulto Mayor.

- Realiza el análisis de la situación de salud local de adulto mayor.
- Monitorea y supervisa el desarrollo del Plan Operativo de la Etapa de Vida Adulto Mayor, de acuerdo a las normas establecidas.
- Ejecuta las actividades establecidas en los planes regionales y nacionales.
- Atiende la población adulta mayor de acuerdo a las normas establecidas.
- Recoge frecuentemente información sobre las necesidades de atención de los adultos mayores.
- Evalúa e informa al nivel inmediato superior, las actividades desarrolladas y la calidad de atención brindada al adulto mayor, incluyendo el análisis crítico de los componentes administrativo y técnico detectados.
- Elabora el diagnóstico de las necesidades de capacitación y elevarlo al nivel inmediato superior.
- Diseña y ejecuta estrategias de intervención para las personas adultas mayores con énfasis en los pobres y de extrema pobreza, con el concurso de los demás actores sociales de la localidad.
- Promueve la formación de la red local de servicio, así como su sostenibilidad.

Esta Norma Técnica considera en su documento el Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, la cual incluye diferentes actividades preventivo-promocionales tales como, la identificación de problemas familiares y sociales (pobreza, abandono, maltrato) además de la orientación familiar para su participación en el cuidado de sus miembros.<sup>7</sup>

Asimismo, es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en el logro de su autocuidado y con el apoyo familiar, encontrar la solución a la mayoría de sus problemas.<sup>39</sup> Por medio del

apoyo informativo, la familia entrega conocimientos nuevos o de retroalimentación a su adulto mayor a fin de mantener en él un estilo de vida que contribuya a mejorar su salud.

En este contexto, la OPS refiere que *“uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería radica en el convencimiento del poder ilimitado de aprendizaje del ser humano”*, es decir, la enfermera es la indicada para educar y orientar a la familia sobre el apoyo que necesita su adulto mayor en sus diferentes dimensiones a fin de conseguir una población adulta mayor saludable.<sup>39</sup>

La enfermera entonces, en su participación preventivo-promocional debe buscar como aliado a la familia -como unida básica de salud- y a partir de ella modificar y mejorar estilos de vida de cada uno de sus miembros según necesidades de cada etapa vital; en el adulto mayor, que atraviesa una crisis vital, necesita según Martha Vera (2007) tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; sentirse cuidado y protegido por la familia, con dignidad, amor, afecto y respeto por su persona y por sus bienes materiales para así lograr una calidad de vida.<sup>33</sup>

Entonces, podría decirse que el adulto mayor enfatiza el apoyo afectivo-emocional de su familia frente a los demás tipos de apoyo y enfermería debe orientar este tipo de apoyo a las familias de los adultos mayores.

### **2.1.3 Definición operacional de términos.**

- **Grado de Apoyo familiar:** Es el conjunto de acciones que refiere el adulto mayor le brinda la familia, dentro de las dimensiones de apoyo emocional, instrumental y apoyo informativo y que serán medidos en

suficiente, parcialmente suficiente e insuficiente a través de un cuestionario tipo Likert.

- **Adulto mayor:** Son personas (varones y damas) de 60 años a más que asisten al Club del Adulto Mayor del Centro Matero Infantil “Tablada de Lurín” de Villa María del Triunfo que viven con al menos un familiar y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

## **2.2. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **2.2.1 Tipo de Investigación.**

El tipo de investigación es cuantitativo tomando en cuenta que los datos pudieron ser medibles permitiendo así, determinar el apoyo familiar que reciben, basándose en los resultados del instrumento validado.

Es de nivel aplicativo, ya que sus resultados permitieron direccionar las intervenciones de enfermería hacia la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor.

Se desarrolló un estudio descriptivo y de corte transversal que describió el fenómeno y analizó su incidencia en un tiempo y espacio determinado.

### **2.2.2 Población.**

La población de estudio estuvo constituida por 50 adultos mayores inscritos en el Club del Adulto Mayor “La edad de Oro” pertenecientes al Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín” ubicado en el distrito de Villa María del Triunfo. Lima – Perú.

### **2.2.3 Muestra. Muestreo**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, conformado por 47 adultos mayores que estuvieron presentes el día de la aplicación del instrumento y que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **2.2.4 Criterios de inclusión.**

Adultos mayores:



- Inscritos en el Club del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil Tablada de Lurín
- Aparentemente sanos, sin discapacidad física o mental
- Orientados en tiempo, espacio y persona.
- Que acepten participar del estudio previo consentimiento informado.

### **2.2.5 Criterios de exclusión.**

Adultos mayores:

- Quechuahablantes.
- Que no se encuentren presente el día de la aplicación del instrumento
- Que no acepten participar del estudio de investigación.

### **2.2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario tipo Likert validado, que contuvo 18 afirmaciones dimensionados en 3 tipos de apoyo familiar: apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo informativo. Cada enunciado contó con respuesta de opción múltiple de nunca, a veces y siempre; cuya calificación se asignó de acuerdo a la dirección del ítem, si era positiva la puntuación fue 1-2-3, y si cuando fue negativa la calificación se invirtió. (Ver Anexo B)

### **2.2.7 Plan de recolección y análisis estadísticos de los datos.**

Para la implementación y desarrollo de la Investigación se realizaron los trámites pertinentes ante la Jefatura (Medico Jefe y Enfermera Jefe del Centro Materno Infantil Tablada de Lurín) a fin de obtener la autorización

correspondiente. Obtenida la autorización se elaboró el cronograma de recolección de datos con la encargada del Club del Adulto Mayor “Los Años de Oro”

El proceso de recolección de datos se realizó en dos fechas, que comprendieron los siguientes momentos:

- a) Captación del adulto mayor que cumplía los criterios de inclusión.
- b) Respetar el principio de autonomía mediante la solicitud del consentimiento informado.
- c) Aplicación del instrumento en un ambiente privado a cada adulto mayor.
- D) La recolección de datos estuvo a cargo de la investigadora en colaboración con 2 estudiantes de enfermería del 5to año, previamente capacitados.

Se consideró además el tiempo para la aplicación del instrumento, que fue de aproximadamente 20 minutos por cada adulto mayor.

Una vez recolectados los datos estos fueron procesados mediante el uso de programa estadístico de Excel y el coeficiente Alfa de Cronbach para su confiabilidad. Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación.

### **2.2.8 Validez y confiabilidad.**

La prueba de validez fue efectuada mediante la opinión de ocho expertos (jueces) debidamente seleccionados, los cuales reúnen el siguiente perfil: profesionales del sector salud dedicados a la

investigación y profesionales del sector salud que ofertan sus servicios al adulto mayor, entre ellas profesionales en enfermería y psicología.

Los resultados fueron plasmados en la tabla de concordancia, resultando con un nivel de significancia de  $p=0.008$ . (Ver Anexo C)

### **2.2.9 Consideraciones éticas.**

Para ejecutar el estudio se respetaron los principios bioéticos de autonomía, la cual fue protegida mediante la solicitud del consentimiento informado; beneficencia, buscando que la investigación genere planes y/o actividades a nivel local que favorezcan su bienestar; no maleficencia, ya que el estudio no involucró daños para la persona; y justicia, ya que tuvieron todos los adultos mayores la misma oportunidad de participar en la investigación. (Ver Anexo D)

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

#### **3.1 Resultados**

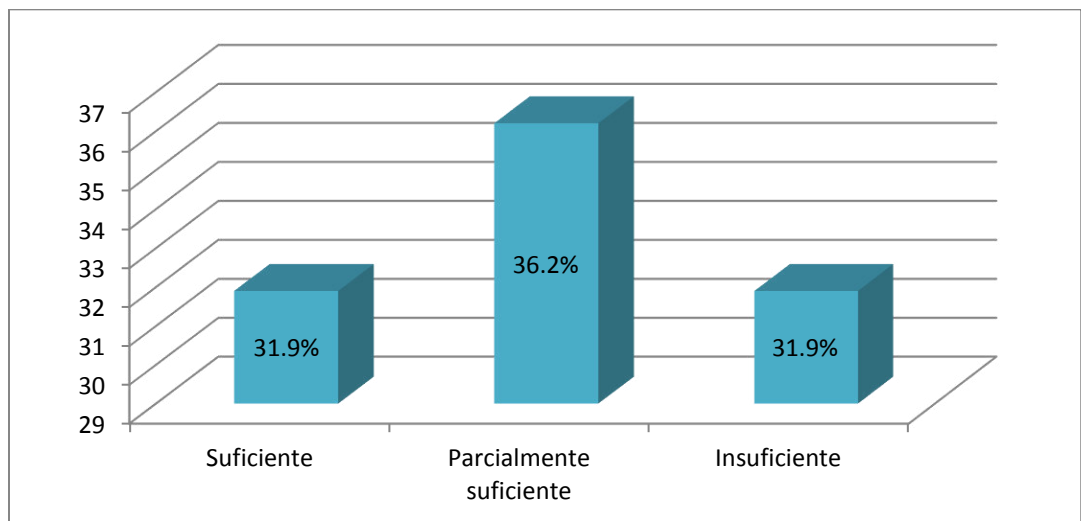
##### **3.1.1 Datos generales**

La muestra estudiada estuvo conformada por 47 adultos mayores, la mayor proporción corresponde a la edad comprendida entre 60 a 69 años (40,4%), siendo la edad media 67 años. En cuanto al sexo, la más alta proporción corresponde al sexo femenino (66%), mientras que el sexo masculino correspondió al 34%. Respecto al tipo de familia, se encontró que en los adultos mayores encuestados predomina el tipo de familia extensa (49%). (Ver Anexo G)

### 3.1.2 Datos específicos

GRÁFICO N°1

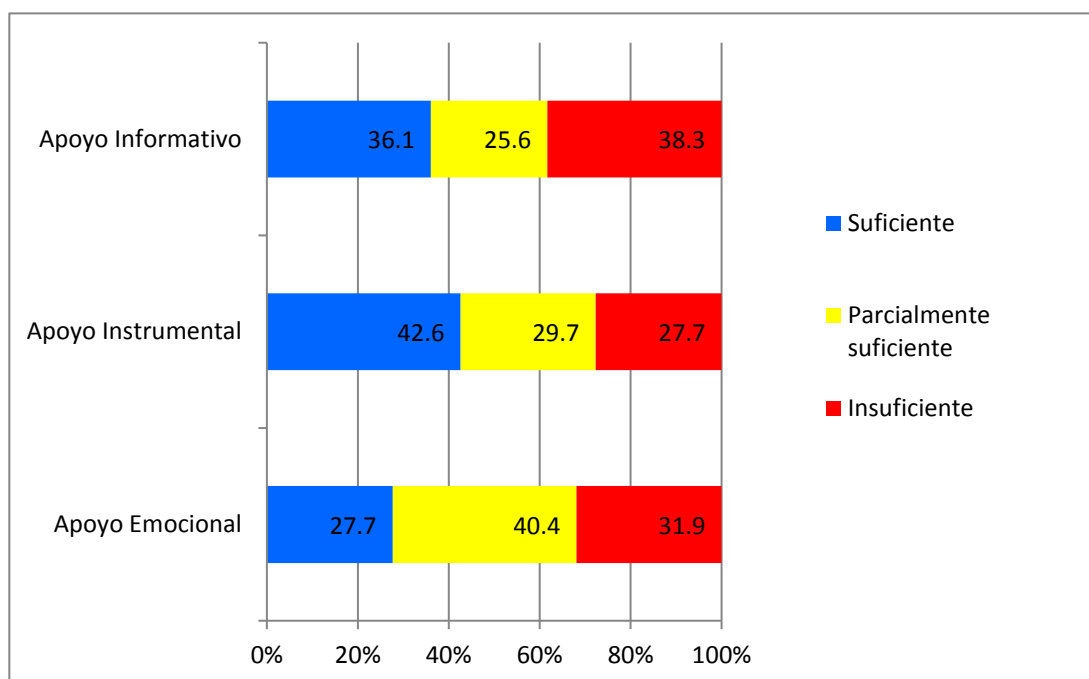
GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR.  
CENTRO MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURÍN”.  
VILLA MARIA TRIUNFO - LIMA - PERÚ  
2016



**Fuente: Resultados de la encuesta aplicada 2 y 9 de Diciembre del 2016.**

Respecto al grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor, los resultados muestran que la mayoría percibe que este apoyo es parcialmente suficiente (36,2%); a diferencia de aquellos adultos mayores cuya percepción valorada como suficiente e insuficiente es proporcionalmente similar (31,9%) respectivamente.

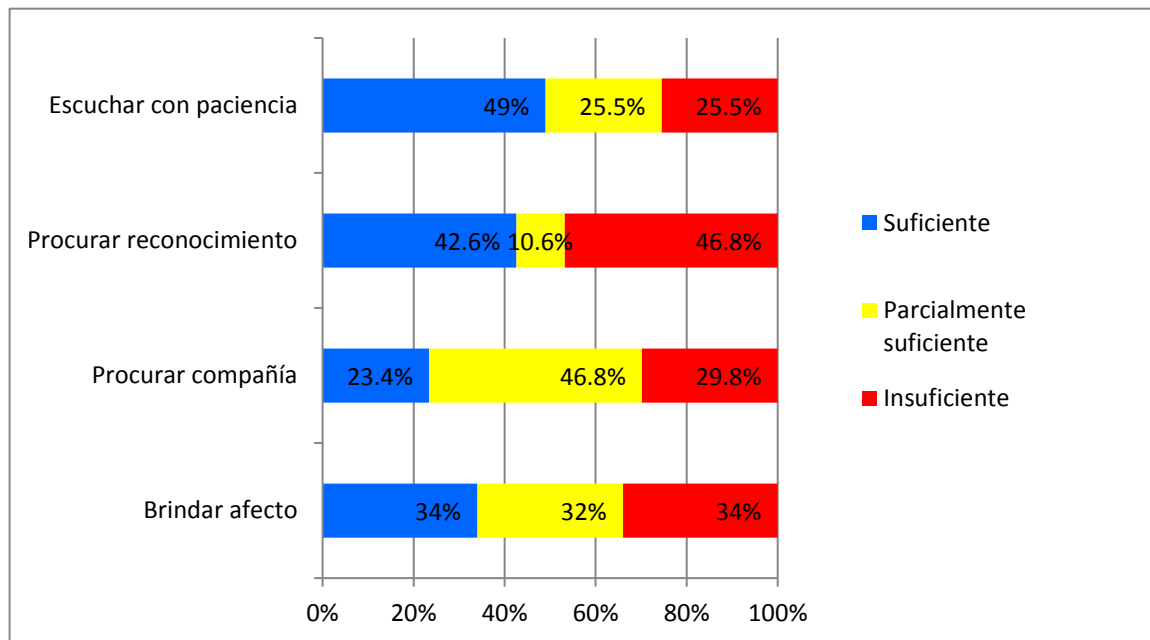
**GRAFICO N°2**  
**GRADO DE APOYO FAMILIAR DE TIPO EMOCIONAL, INSTRUMENTAL E**  
**INFORMATIVO PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR.**  
**CENTRO MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURÍN”**  
**VILLA MARIA TRIUNFO- LIMA - PERÚ**  
**2016**



**Fuente: Resultados de la encuesta aplicada 2 y 9 de Diciembre del 2016.**

Los resultados evidencian que los adultos mayores perciben que la familia les provee tanto apoyo emocional, instrumental e informativo. Destacando el apoyo instrumental que fue valorado como suficiente por el 42,6% de la muestra estudiada. Por otro lado, se encontró que la mayoría de los adultos mayores perciben que el apoyo emocional es parcialmente suficiente (40,4%), a diferencia del 38,3% que percibe como insuficiente el apoyo informativo.

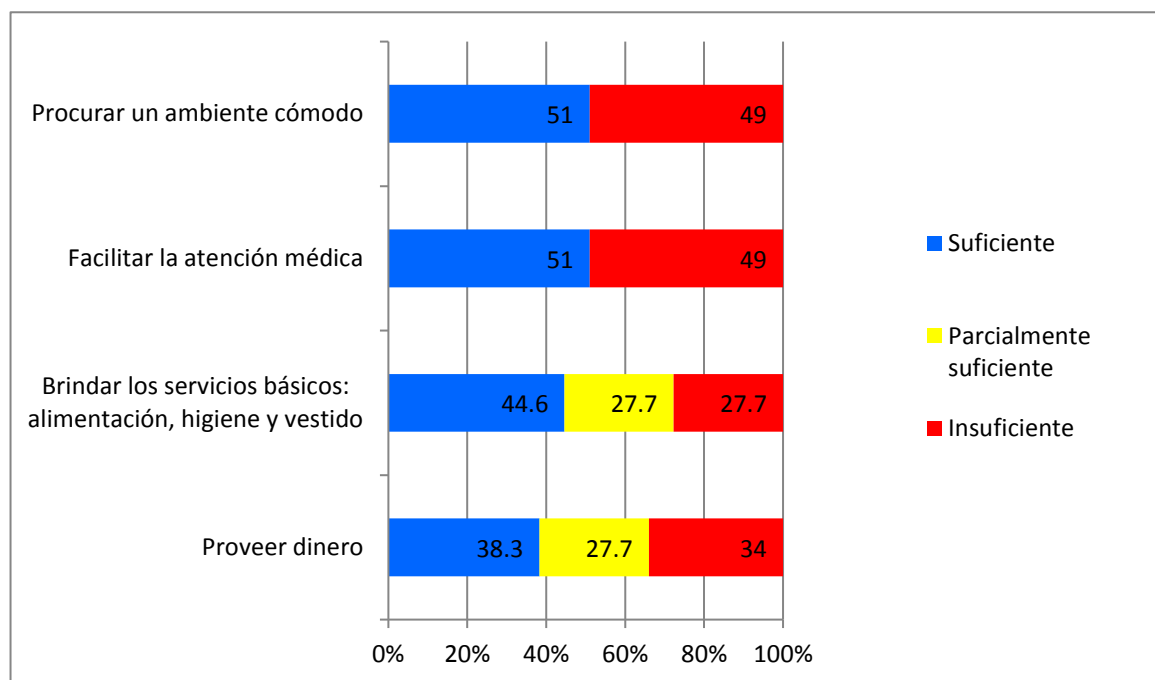
**GRAFICO N°3**  
**GRADO DE APOYO FAMILIAR DE TIPO EMOCIONAL, SEGÚN**  
**INDICADORES, PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR. CENTRO**  
**MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURIN”**  
**VILLA MARIA TRIUNFO - LIMA-PERÚ**  
**2016**



**Fuente: Resultados de la encuesta aplicada 2 y 9 de Diciembre del 2016.**

Respecto al apoyo emocional, los resultados según indicadores dan cuenta que casi la mitad de la muestra estudiada valoró el indicador “escuchar con paciencia” como suficiente (49%); proporciones similares perciben “procurar reconocimiento” como insuficiente (46,8%) y “procurar compañía” como parcialmente suficiente (46,8); con respecto al indicador brindar afecto, los valores finales se encuentran próximos proporcionales (34%).

**GRAFICO N°4**  
**GRADO DE APOYO FAMILIAR DE TIPO INSTRUMENTAL, SEGÚN**  
**INDICADORES, PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR.**  
**CENTRO MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURIN”**  
**VILLA MARIA TRIUNFO - LIMA - PERÚ**  
**2016**

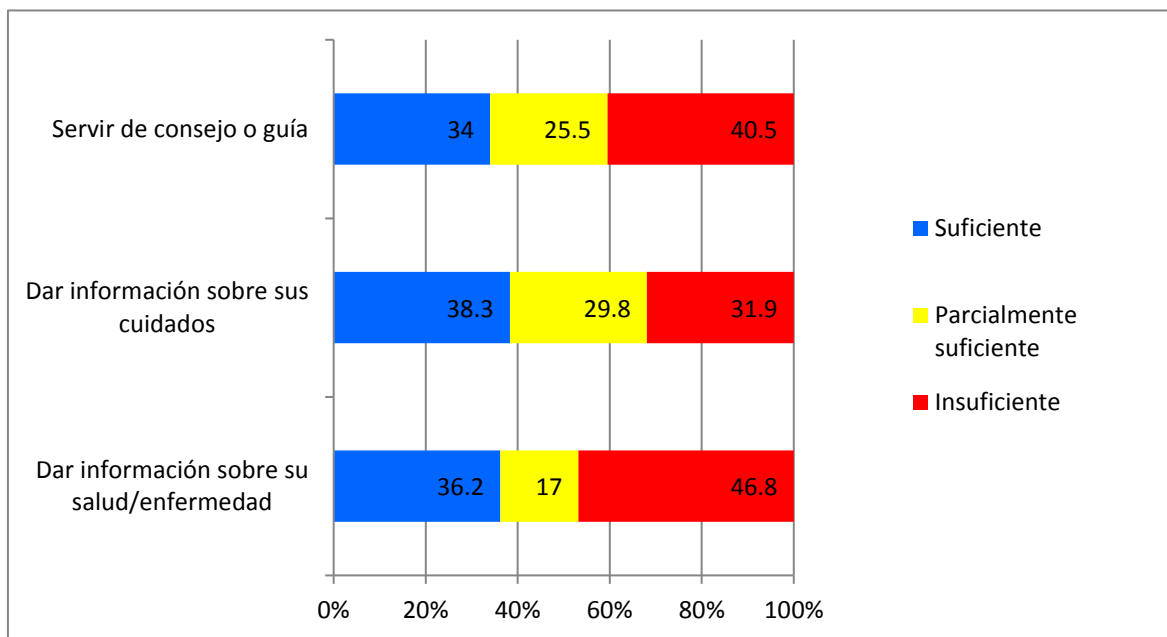


**Fuente: Resultados de la encuesta aplicada 2 y 9 de Diciembre del 2016.**

Referente al apoyo instrumental, los indicadores “procurar ambiente cómodo” y “atención médica” son percibidos como suficientes por más de la mitad de los encuestados (51%). Caso contrario ocurre con el 49%, donde los indicadores referidos, han sido percibidos como insuficiente. Respecto a los servicios básicos de alimentación, higiene y vestido, casi la mitad lo percibe como suficiente (44,6%) y la provisión de dinero como suficiente e insuficiente en proporciones cercanas de 38,3% y 34% respectivamente.



**GRAFICO N°5**  
**GRADO DE APOYO FAMILIAR DE TIPO INFORMATIVO SEGÚN**  
**INDICADORES, PERCIBIDO POR EL ADULTO MAYOR.**  
**CENTRO MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURIN”**  
**VMT- LIMA - PERÚ**  
**2016**



**Fuente: Resultados de la encuesta aplicada**

Los resultados según indicadores relacionados al apoyo informativo muestran que “dar información sobre su salud/enfermedad” es percibido como insuficiente por la mayoría de la muestra estudiada (46,8%), de forma similar es percibido el indicador “servir de consejo o guía” por un 40,5%. Y el 38,3% percibe como suficiente el indicador “dar información sobre sus cuidados”.

### **3.2 Discusión**

El apoyo familiar es el conjunto de acciones que nace dentro de las relaciones interpersonales entre miembros de una familia, las cuales contribuyen a la satisfacción de las necesidades de los mismos, a fin de procurar bienestar de la persona. Una de las etapas de vida donde aparecen los cambios bio-psico-emocionales y sociales en el ser humano es la etapa adulto mayor, cuyo proceso biológico ocasiona modificaciones en todo su ser. Si bien la vejez no es una enfermedad, en ésta etapa de la vida aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado, no solo en la satisfacción de sus demandas derivadas del proceso biológico del envejecimiento, sino también en las áreas emocional, social y psicológica, que en muchos de los casos son las menos atendidas (CONAPO, 2014). Asimismo, Fawcet y Wall (1991), sostiene que este apoyo se presenta como un flujo de acciones, recursos e información que se intercambia y circula entre los miembros de la familia, es así que lo categorizan en los siguientes tipos de apoyo: emocional, instrumental, material e informativo. Reconociendo así, que para contar con un apoyo familiar ideal y suficiente, se necesita primero tener un apoyo emocional, instrumental-material e informativo suficientes.<sup>19</sup>

En este proceso, el entorno familiar adquiere importancia en el adulto mayor, por ser la red de apoyo más próxima a él, por lo que le corresponde ofrecer todas las oportunidades y condiciones que le permitan continuar con su vida e internalizar los cambios como un proceso biológico normal, todo esto a fin de promover el envejecimiento saludable que busca el Estado Peruano y promover así el mejoramiento

de la calidad de vida de los adultos mayores, ya que no basta con mantener al adulto mayor con más años de vida, sino de procurar que estos años sean de satisfacción para ellos. <sup>10</sup>

Al respecto, los resultados de esta investigación revelan que los adultos mayores perciben el apoyo familiar como parcialmente suficiente, resultado que coincide con las autoras Rodríguez Alayo <sup>15</sup>y Carbajal Esquivel<sup>14</sup> cuyas investigaciones realizadas en adultos mayores reportan que el apoyo familiar alcanza un valor de medio y moderado respectivamente. Tal hallazgo no es una señal favorable para este grupo poblacional, hecho que constituye un riesgo en el curso adecuado del envejecimiento de la persona, por lo cual se requiere intervenciones con la familia responsable del adulto mayor, a fin que actúe como primera red de apoyo y contribuya en el envejecimiento activo y saludable de los adultos mayores.

Al análisis de los tipos de apoyo familiar, el apoyo instrumental es el tipo de apoyo mejor percibido por la muestra estudiada, caso contrario sucede con el apoyo informativo, pues ha sido valorado como insuficiente; respecto al apoyo emocional, la mayoría lo percibe como parcialmente suficiente. En otras palabras, los tipos de apoyo familiar no son percibidos de manera homogénea, evidenciando las posibles falencias en las acciones que realiza la familia para con el adulto mayor, lo que se vería reflejado en estos resultados.

En relación al apoyo familiar de tipo emocional, el cual es un factor protector frente a problemas de la autoestima, depresión y soledad (Sequeira Daza, 2011), es percibido como parcialmente suficiente por casi la mitad de la muestra estudiada. Esto indica que las

manifestaciones de afecto y estima que brinda la familia no son las esperadas por los adultos mayores, resultado que es ratificado por G. Carbajal<sup>14</sup> cuyo estudio en Trujillo-Perú en el año 2013, revela que la mayoría de adultos mayores perciben carencia de tipo emocional – valorativo en las actitudes de falta de confianza, desatención, desamor y baja autoestima.

Lo señalado líneas arriba indican que las necesidades de amor, afecto y estima del adulto mayor no están siendo completamente atendidas por la primera red de apoyo que es la familia. Así lo respalda Martha Vera (2007) en su investigación sobre el significado de la calidad de vida del adulto mayor, donde ajusta la pirámide de necesidades de Maslow, reubicando las necesidades de amor y afecto en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas. Esto comprueba que el adulto mayor demanda para vivir expresiones de amor y afecto en el mismo grado de importancia de las que son vitales para el ser humano.

El indicador “procurar reconocimiento” fue valorado como insuficiente por casi la mitad de la muestra estudiada, resultado que se contrapone a la participación del adulto mayor, ya que resta la posibilidad de obtener una imagen positiva de sí mismo, elemento vital para su calidad de vida.<sup>41</sup>

En relación al indicador “brindar afecto” ofrece resultados contrapuestos percepción al haber sido valorados por la mitad de los adultos mayores como insuficiente y suficiente. Respecto a los resultados de apoyo insuficiente en dicho indicador, éste coincide con la autora García Araneda (2012) quien encontró que son casi nulas las palabras de

afecto o estima. Tales hallazgos revelan que el adulto mayor tiene carencias afectivas lo que según Leitón (1997) alterarían la tranquilidad del ánimo y bienestar de la persona.<sup>8, 33</sup>

Por otro lado, los resultados del apoyo familiar de tipo instrumental, constatan que la mayoría de la muestra estudiada lo percibe como suficiente. Resultado que coincide con los autores Arias y Ramírez<sup>23</sup>, quienes en su estudio revelan que la gran mayoría de los adultos mayores cuentan con el apoyo instrumental adecuado. Esto podría explicarse con la investigación cualitativa de Martha Vera (2007) en Lima, donde destaca que la provisión de alimentos, higiene y vestido tiene significado para la familia a fin de garantizar la calidad de vida del adulto mayor. Por lo que este resultado representa un factor protector de la salud física para este grupo poblacional.<sup>35</sup>

Llama la atención en este tipo de apoyo que los resultados de los indicadores “procurar un ambiente cómodo” y “facilitar la atención médica”, fueron valorados como insuficientes para la mitad de ellos y como suficientes para la otra mitad. Esto refleja el contraste en el que dichos indicadores son percibidos, dando cuenta que el hogar familiar no siempre constituye el mejor medio para envejecer. Del mismo modo, la percepción hacia el indicador “facilitar la atención médica” evidencia una condición de riesgo para el adulto mayor por la limitación en la atención médica oportuna frente a las afecciones propias de esta etapa de vida.

Finalmente, llama la atención el apoyo familiar de tipo informativo, puesto que los resultados dan evidencia del déficit informativo al que se enfrenta el adulto mayor encuestado. Ya que una mayoría señala este

como insuficiente, resultado que guarda semejanza con las autoras Collazo y García<sup>10</sup> en un estudio en Cuba, donde la gran mayoría de los adultos mayores percibe un apoyo cognitivo de insuficiente a nulo. Situación que deja entre ver como la familia desestima dicho apoyo en los adultos mayores, el cual se asocia a la creencia errónea que tiene la población sobre este grupo etario, al compararlo con un niño que no entiende ni está apto de autocuidarse; así lo evidencia el indicador “dar información sobre la salud/enfermedad” donde casi la mitad de la muestra estudiada percibe ésta como insuficiente, resultado perjudicial para el logro de un envejecimiento activo con autocuidado del adulto mayor, ya que si ellos no conocen cómo cuidarse y/o prevenir accidentes, su condición se torna vulnerable.

En consecuencia se considera pertinente enfatizar que el adulto mayor necesita del apoyo familiar en todas las dimensiones (emocional, instrumental e informativa) para así procurar la adaptación a esta nueva etapa vital y por consecuencia mejorar su calidad de vida, ya que este grupo poblacional se acrecentará proporcionalmente en los próximos años, lo cual significa un desafío para la familia y los servicios de salud. Frente a ello, los profesionales de la salud y en particular el profesional de enfermería deberá desarrollar programas y estrategias que busquen el involucramiento y compromiso de la familia en el cuidado al adulto mayor otorgándole su apoyo en las diferentes dimensiones que éste necesita.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

Al término de esta investigación, ha sido posible arribar a las siguientes conclusiones:

El grado de apoyo familiar percibido por los adultos mayores usuarios del establecimiento de salud sede de estudio, es parcialmente suficiente a insuficiente, Tal hallazgo no es una señal favorable para este grupo poblacional, puesto que constituye un riesgo en el curso adecuado del envejecimiento de la persona.

El grado de apoyo familiar de tipo emocional es percibido por los adultos mayores como parcialmente suficiente, Esto indica que las manifestaciones de afecto y estima que brinda la familia no son las esperadas por los adultos mayores.

El grado de apoyo familiar de tipo instrumental es percibido por los adultos mayores como suficiente, el cual representa un factor protector de la salud física para este grupo poblacional

El grado de apoyo familiar de tipo informativo es percibido por los adultos mayores como insuficiente, hallazgo perjudicial para el logro de un envejecimiento activo con autocuidado del adulto mayor, ya que si ellos no conocen cómo cuidarse y/o prevenir accidentes, su condición se torna vulnerable.

## **4.2 Recomendaciones**

Realizar investigaciones sobre el apoyo familiar con enfoque cualitativo en grupos de adultos mayores y grupos de familiares a fin de conocer el mundo subjetivo de los mismos frente a este fenómeno.

Efectuar investigaciones sobre el apoyo familiar que percibe el adulto mayor ampliando el ámbito geográfico a fin de contrastar los datos obtenidos en el presente estudio.

Desarrollar estudios sobre los factores que se relacionen con el apoyo insuficiente al adulto mayor.

Impulsar programas y estrategias de intervención procurando el involucramiento y compromiso de la familia en el cuidado del adulto mayor.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Normatividad Nacional sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Municipalidad Metropolitana de Lima. Segunda edición. Lima-Perú; Diciembre 2012. p. 34-38. Lima-Perú.
2. El Adulto Mayor. Enlace virtual de la Organización Mundial de la Salud. (Ultimo acceso el 12 de Junio del 2016). Disponible en <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
3. Situación de la Población Adulta Mayor. Enero-Febrero-Marzo 2016. Datos estadísticos del INEI-Perú. Boletín en PDF. (Ultimo Acceso el 12 de Junio del 2016). Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf).
4. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Dirección General de Salud de las Personas- MINSA. Perú. 2005
5. Valera Pinedo, L. Perfil del Adulto Mayor. Perú. 2004. Documento en Word. (Ultima conexión 14 de Marzo del 2017). Disponible en [https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqgMOEoNvSAhWKI5AKHfhABhsQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2Fservicios%2Fsusaludesprimero%2Fadultomayor%2FINFORME%2520PERFIL%2520ADULTO%2520MAYOR-FINAL%2520A4.doc&usq=AFQjCNEoRiwDCQgllVrzLVO4J\\_A4hs2J\\_Kg&sig2=X9BfsxW1\\_0Kmuio0qJVlDw&bvm=bv.149397726,d.Y2l](https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqgMOEoNvSAhWKI5AKHfhABhsQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportal%2Fservicios%2Fsusaludesprimero%2Fadultomayor%2FINFORME%2520PERFIL%2520ADULTO%2520MAYOR-FINAL%2520A4.doc&usq=AFQjCNEoRiwDCQgllVrzLVO4J_A4hs2J_Kg&sig2=X9BfsxW1_0Kmuio0qJVlDw&bvm=bv.149397726,d.Y2l)
6. Norma Técnica del Adulto Mayor. MINSA. Perú. 2006.
7. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección

- General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC. Ministerio de Salud. Perú. 2011.
8. Navarro Elías M. y Leitón Espinosa Z. Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el área urbana-México”. Revista Peruana Enfermería, Investigación y Desarrollo. Vol. 11.Nº 2. pp. 77-95. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2013
  9. García Araneda N. Apoyo Emocional, Instrumental y Material hacia el Adulto Mayor: Una percepción desde los hijos. Chile. 2012
  10. Zapata L., Delgado V y Cardona A. Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis. Revista Salud Publica. Vol. 17, Nº 6. pp. 848-860. Colombia. 2015.
  11. Collazo García Y. y García Sánchez L. ¿Apoyo Familiar a los ancianos?. Universidad Central Martha Abreu. Cuba. 2009
  12. Gonzales A. y Vázquez Y. Importancia de la Participación Familiar en el control de la HTA. Cuba. 2004
  13. Arias Bramón M. y Ramírez Gutiérrez S. “Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Zona Urbana-Distrito de Pachacamac. Perú. 2013
  14. Carbajal Esquivel G. y Moya Vega S. Grado de depresión y Apoyo Familiar percibido por el Adulto Mayor. Trujillo-Perú. 2013
  15. Rodríguez Alayo S. Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar. Trujillo- Perú. 2012(Tesis para optar título de Licenciatura)
  16. Leitón Z., Sagástegui D., Santillán R., Serrano F. y Chávez D. Adaptación de la persona adulta mayor al envejecimiento con apoyo familiar, independencia funcional y depresión. Trujillo-Perú. 2012

17. Gracia Fuster Enrique. El apoyo social en la intervención comunitaria. Primera edición. Ediciones Paidós Ibérica. España. 1997.
18. Sidney Cobb. Social Support as a Moderator of Life Stress. Review Psychosomatic Medicine. Vol 38, N° 5. Estados Unidos, 1976.
19. Fawcett, J y Wall, A. Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art. Holistic Nursing Practice. Vol 6, N° 4, pp 77-78. Estados Unidos. 1991.
20. Aranda, C y Pando, M. Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. Revista de Investigación en Psicología. Vol. 16, N° 1. Pp 233-245. México. 2013.
21. Weiss, R. (1974) Quoted by Cutrona, C y Russell, D. in The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress. Advances in Personal Relationship. Vol 1. Pp 37-67. Estados Unidos. 1987.
22. Guzmán JM y Huenchuan S. Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual. CELADE-División de Población de la CEPAL. Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2003. Archivo disponible en PDF. Última conexión el 23 de Junio del 2016. Disponible en [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_imgshn\\_vmo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_imgshn_vmo.pdf)
23. Arias Bramón, M y Ramírez Gutiérrez, S. Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacamac. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2013.

24. Jáuregui B., Poblete E y Salgado V. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. Editorial Wong R. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2006.
25. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. MINSA. Perú. 2006
26. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Documento en PDF. (Última conexión 20 de Julio del 2016). Disponible en <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
27. Melgar Cuellar, F. y Penny Montenegro E. Geriatria y Gerontología para el médico internista. Editorial La Hoguera. 1ª edición. Bolivia. 2012.
28. Jané Llopis, E. y Gabilondo, A. Mental Health in Older People. Revista Health and Consumers. España. 2008. Archivo en PDF. (Última conexión el 23 de Julio del 2016). Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealtholderpeople.pdf>
29. Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. Citado por Nelso Antonio Bordignon en El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia. Archivo en PDF. (Última conexión el 14 de Mayo del 2016). Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
30. Guzmán José, Huenchuan Sandra. Redes de apoyo social de personas mayores: Marco Teórico Conceptual. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2003

31. Leitón Espinoza Z. y col. Adaptación de la persona adulta mayor al envejecimiento con apoyo familiar, independencia funcional y depresión. Revista Científica del Colegio de Enfermeros del Perú- Consejo Regional II La Libertad. Vol. 1, N° 2. Universidad de Trujillo. Perú. 2014.
32. Sánchez Ayendez, M. (1994). Citado por Guzmán JM y Huenchuan S. en Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual. CELADE-División de Población de la CEPAL. Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2003. Archivo disponible en PDF. Última conexión el 23 de Junio del 2016. Disponible en [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_imgshn\\_vmo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_imgshn_vmo.pdf)
33. Vera Mendoza, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista Anales de la Facultad de Medicina. Vol 68. N° 3. Lima. 2007.
34. Leitón Espinoza Z. Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar. (Tesis para optar el grado de Maestría). Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 1997
35. El adulto mayor en la familia. Revista virtual Esperanza para la familia. (Última conexión: 20 de Julio del 2016). Disponible en <http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0234.pdf>
36. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores. Documento en PDF. Disponible en [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_cuidando\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf)

37. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud, 2003. México [consultado 15 de abril del 2012] Disponible en: ISSN 1405-7980
38. Pérez Bilbao, J y Martín Daza F. El apoyo social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. (Última conexión 15 de Julio del 2016). Disponible en [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf)
39. Anzola Pérez, E. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: CONCEPTOS PARA LA PRÁCTICA. Copyright Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1993. Documento en PDF. (Última conexión el 2 de Agosto del 2016). Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>
40. Reconocimiento a las Personas Adultas Mayores. Enlace virtual del Ministerio de La Mujer y Poblaciones Vulnerables. (Último acceso el 03 de Diciembre del 2016). Disponible en <http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/reconocimiento/pfrecuentes.html>

**ANEXOS**

## ÍNDICE

- A. Operacionalización de la Variable
- B. Matriz de Consistencia del Instrumento
- C. Instrumento
- D. Tabla de Concordancia
- E. Consentimiento Informado
- F. Medición de la Variable-Escala de Estanones
- G. Tabla de Datos Generales



### ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
Grado de Apoyo Familiar que percibe el Adulto Mayor	Es la ayuda prestada por parte de la familia a uno de sus miembros para sostener, sujetar o mantenerlo en una situación deseada, con el fin de mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, retos o cambios; el cual implica acciones y muestras de afecto,	Apoyo Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar afecto</li> <li>• Procurar compañía</li> <li>• Procurar reconocimiento.</li> <li>• Escuchar con paciencia.</li> </ul>	-Suficiente
		Apoyo Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provee dinero</li> <li>• Brindar los servicios básicos: alimentación, higiene y vestido.</li> <li>• Facilitar la visita a los servicios de salud.</li> <li>• Procurar un ambiente cómodo.</li> </ul>	-Parcialmente suficiente  -Insuficiente

	amor e interacción.	Apoyo Informativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar información sobre su salud/enfermedad</li> <li>• Dar información sobre los cuidados que debe tener.</li> <li>• Servir de consejo o guía.</li> </ul>	
--	---------------------	-------------------	--	--

**DEFINICION OPERACIONAL:** Es el conjunto de acciones que refiere el adulto mayor le brinda la familia, dentro de las dimensiones de apoyo emocional, instrumental y apoyo informativo y que serán medidos en suficiente, parcialmente suficiente e insuficiente a través de un cuestionario tipo Likert.

## ANEXO B. MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS
Grado de Apoyo Familiar que percibe el Adulto Mayor	Apoyo Emocional	Brindar afecto	1. ¿Recibe de sus familiares caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas? 2. ¿Se siente amado por su familia?
		Procurar compañía	1. ¿Su familia lo acompaña a realizar actividades recreativas o de paseo?
		Procurar reconocimiento	1. ¿Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones en casa? 2. ¿Su familia lo hace sentir valioso?
		Escuchar con paciencia	1. ¿Puede contar con su familia para que lo escuche cuando tiene un problema o preocupación?
	Apoyo Instrumental	Proveer dinero	1. ¿Recibe de sus familiares apoyo económico para su ropa, comida y medicamentos?
		Brindar los servicios básicos: alimentación,	1. ¿Su familia le brinda comida y ropa cuando usted lo necesita? 2. ¿Su familia le facilita los insumos necesarios

		higiene y vestido.	para realizar su higiene y mantener su higiene en casa?
		Facilitar la atención médica	1. ¿Acude a un control médico aun así no esté enfermo? 2. ¿Recibe atención médica cuando se enferma?
		Procurar ambiente cómodo	1. ¿Su cama donde descansa le es cómoda? 2. ¿Se siente cómodo en la casa donde vive?
	Apoyo Informativo	Dar información sobre su salud/ Enfermedad	1. ¿Sus familiares le dicen de qué se enfermó cuando salen de la visita médica? 2. ¿Sus familiares le informan cuál es su estado de salud?
		Dar información sobre sus cuidados	1. ¿Sus familiares le dan información cuando tiene algún problema o duda de su salud? 2. ¿Sus familiares le explican cómo debe cuidarse en casa?
		Servir de consejo o guía	1. ¿Sus familiares lo ayudan a tomar una decisión frente a algún problema?

## ANEXO C. INSTRUMENTO

### ESTUDIO SOBRE EL APOYO FAMILIAR AL ADULTO MAYOR

#### INSTRUMENTO: CUESTIONARIO TIPO LIKERT ADAPTADO

#### I. PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Liz Guzmán Lenes, soy estudiante de la EAP de Enfermería del 5to año de la UNMSM y actualmente desarrollo un estudio en la población adulta mayor de esta zona, titulado “Grado de Apoyo Familiar en los adultos mayores del CMI Tablada de Lurín” con la finalidad de determinar si este apoyo familiar les es suficiente o se deba mejorar para su mayor bienestar.

El presente estudio es de carácter ANONIMO Y CONFIDENCIAL y se procederá a aplicarle el presente instrumento por medio de una entrevista, por lo cual se le solicita a usted que responda con toda sinceridad al presente instrumento, por lo cual se le solicita a usted que responda con toda sinceridad a las preguntas que se le realizará.

#### II. DATOS GENERALES

1. Edad
2. Sexo: femenino ( ) masculino ( )
3. Vive con: Esposo(a) o conviviente ( ) Hijo(a) ( ) Nietos ( )  
Hermano(a) ( ) Otro:.....
4. Tipo de familia:.....

#### III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

ITEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
5. ¿Recibe de sus familiares caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?			
6 ¿Se siente amado por su familia?			
7 ¿Su familia lo acompaña a realizar actividades recreativas o de paseo?			
8 ¿Su familia le brinda comida y ropa cuando usted lo necesita?			

9 ¿Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones en casa?			
10 ¿Su familia lo hace sentir valioso?			
11 ¿Puede contar con su familia para que lo escuche cuando tiene un problema o preocupación?			
12 ¿Sus familiares le informan cuál es su estado de salud?			
13 ¿Recibe de sus familiares apoyo económico para su ropa, comida y medicamentos?			
14 ¿Sus familiares le dan información cuando tiene algún problema o duda de su salud?			
15 ¿Su cama donde descansa le es cómoda?			
16 ¿Sus familiares le dicen de qué se enfermó cuando salen de la visita médica?			
17 ¿Se siente cómodo en la casa donde vive?			
18 ¿Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones en casa?			
19 ¿Sus familiares le explican cómo debe cuidarse en casa?			
20 ¿Puede contar con su familia para que lo escuche cuando tiene un problema o preocupación?			
21 ¿Su familia le facilita los insumos necesarios para realizar su higiene y mantener su higiene en casa?			
22 ¿Sus familiares lo ayudan a tomar una decisión frente a algún problema?			

**GRACIAS**

#### ANEXO D. TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	NÚMERO DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

P= 0.008, siendo el valor de  $P \geq 0.05$ , por tanto la concordancia es significativa.

## **ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del estudio: Grado de Apoyo Familiar que percibe el adulto mayor usuario del Centro Materno Infantil “Tablada de Lurín”. VMT. 2016

Investigadora: Liz Mónica Guzmán Lenes. Estudiante de Enfermería de la UNMSM.

Estimado(a) señor(a): Solicitud de consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado estudio de investigación, el cual tiene como objetivo determinar el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, respetando sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no es necesario anotar su nombre y apellidos en los instrumentos que se les aplicará.

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, considero en forma voluntaria participar en el estudio.

.....

Firma del participante



## ANEXO F. MEDICION DE LA VARIABLE-ESCALA DE ESTANONES

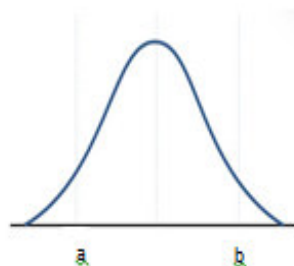
### MEDICION DE LA VARIABLE GRADO DE APOYO FAMILIAR QUE PERCIBE EL ADULTO MAYOR USUARIO DEL CMI TABLADA DE LURIN

#### ESCALA DE ESTANONES

- Se calculó la  $\bar{X}$  = 35,45
- Se calculó la desviación estándar = 10,42
- Total de adultos mayores: 47

$$a = \bar{X} - 0.75 (10,42) = 27,64 \approx 28$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (10,42) = 43,27 \approx 43$$



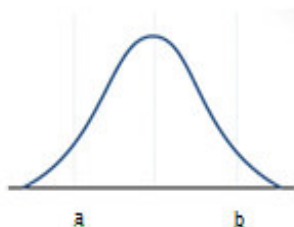
	Valor final		frecuencia	%
$\leq a$	Insuficiente	$\leq 28$	15	31,9
Entre a y b	Parcialmente suficiente	Entre 28 y 43	17	36,2
$\geq b$	Suficiente	$\geq 43$	15	31,9

### MEDICION DE LA VARIABLE GRADO DE APOYO FAMILIAR DIMENSIÓN APOYO EMOCIONAL - ESCALA DE ESTANONES

- Se calculó la  $\bar{X}$  = 11,74
- Se calculó la desviación estándar = 4,19
- Total de adultos mayores: 47

$$a = \bar{X} - 0.75 (4,19) = 8,60 \approx 9$$

$$b = \bar{X} + 0.75 (4,19) = 14,88 \approx 15$$



	Valor final		frecuencia	%
$\leq a$	Insuficiente	$\leq 9$	15	31,9
Entre a y b	Parcialmente suficiente	Entre 9 y 15	19	40,4
$\geq b$	Suficiente	$\geq 15$	13	27,7

**MEDICION DE LA VARIABLE GRADO DE APOYO FAMILIAR**  
**DIMENSIÓN APOYO INSTRUMENTAL - ESCALA DE ESTANONES**

- Se calculó la  $\bar{x}=13,81$
- Se calculó la desviación estándar = 3,51
- Total de adultos mayores: 47

$a = \bar{x} - 0.75 (3,51) = 11,18 \approx 11$

$b = \bar{x} + 0.75 (3,51) = 16,44 \approx 16$



	Valor final		frecuencia	%
$\leq a$	Insuficiente	$\leq 11$	13	27,7
Entre a y b	Parcialmente suficiente	Entre 11 y 16	14	29,7
$\geq b$	Suficiente	$\geq 16$	20	42,6

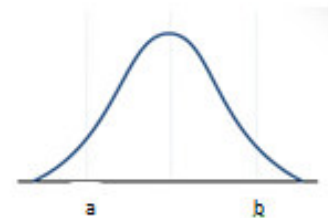
**MEDICION DE LA VARIABLE GRADO DE APOYO FAMILIAR**  
**DIMENSIÓN APOYO INFORMATIVO - ESCALA DE ESTANONES**

1.

- Se calculó la  $\bar{x} = 9,89$
- Se calculó la desviación estándar = 3,77
- Total de adultos mayores: 47

$a = \bar{x} - 0.75 (3,77) = 6,85 \approx 7$

$b = \bar{x} + 0.75 (3,77) = 12,72 \approx 13$



	Valor final		frecuencia	%
$\leq a$	Insuficiente	$\leq 7$	18	38,3
Entre a y b	Parcialmente suficiente	Entre 7 y 13	12	25,6
$\geq b$	Suficiente	$\geq 13$	17	36,1

## ANEXO G. TABLA DE DATOS GENERALES

Tabla N°1

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL CENTRO MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURIN” VILLA MARÍA DEL TRIUNFO – LIMA – PERÚ. 2016

		Frecuencia	%
<b>Edad</b>	De 60 a 74 años	19	40,4
	De 75 a 89 años	18	38,35
	De 90 a más	10	21,35
	TOTAL	47	100
<b>Sexo</b>	Masculino	16	34
	Femenino	31	66
	TOTAL	47	100
<b>Vive con</b>	Espos(a) o conviviente	3	6,4
	Hijo (a)	14	29,8
	Nieto (a)	8	17,1
	Hermano (a)	5	10,6
	Espos(a) + hijo (a)	7	14,9
	Hijo (a) + nieto (a)	5	10,6
	Espos(a) + hijo (a) + nieto (a)	5	10,6
	TOTAL	47	100
<b>Tipo de familia</b>	Nuclear	10	21,2
	Extensa o consanguínea	23	49
	Monoparental	14	29,8
	Ensamblada	0	0
	TOTAL	47	100