

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Autopercepción sobre los cambios psicosociales que
tienen los adultos mayores que asisten al club del
adulto mayor en una microred de salud, San Juan de
Miraflores 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Sally Andrea VICUÑA NAVARRO

ASESOR

Rudi Amalia LOLI PONCE

Lima - Perú

2018

**AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LOS CAMBIOS PSICOSOCIALES QUE
TIENEN LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL CLUB DEL
ADULTO MAYOR EN UNA MICRORED DE SALUD,
SAN JUAN DE MIRAFLORES 2017**

AGRADECIMIENTOS

“Este trabajo de investigación fue financiado con el apoyo del Fondo de Promoción de Trabajo de Tesis de Pregrado del Vicerrectorado de Investigación de VRI-UNMSM.”

DEDICATORIA

“A Dios por regalarme la vida, salud, fortaleza, perseverancia, e iluminarme en la adversidad; sobre todo por permitir que siga disfrutando de su creación en compañía de mis seres queridos...”

“A mis padres y hermanas por los valores que me inculcaron, por enseñarme a perseguir mis sueños, por el amor que me brindan y el apoyo incondicional en el logro de mis anhelos...”

“A las maravillosas docentes de mi alma mater, que participaron en mi formación; y especialmente a la Dra. Amalia Loli por sus enseñanzas académicas y personales que guían e inspiran mi camino profesional...”

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN	3
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo General	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	11
2.1 MARCO TEÓRICO	11
2.1.1 Antecedentes del Estudio	11
2.1.2 Base Teórica Conceptual	18
2.1.2.1 Generalidades del Adulto Mayor	18
2.1.2.2 Cambios Psicológicos y Sociales en el Adulto Mayor	20
2.1.2.2.1 Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor	20
a. Cambios en la Atención	20
b. Cambios en la Memoria	22
c. Cambios en el Lenguaje	29
d. Cambios en la Afectividad Emocional	32
2.1.2.2.2 Cambios Sociales en el Adulto Mayor	34
a. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como individuo	34
b. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como integrante de un grupo familiar	35
c. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas	37
d. Cambios en el Rol Social	39
2.1.2.3 Generalidades sobre Autopercepción	40
2.1.2.4 Políticas de atención del Adulto Mayor	41

2.1.2.5 Rol de Enfermería en el cuidado del Adulto Mayor	44
2.1.3 Identificación de la Variable	48
2.1.4 Formulación de la Hipótesis de Investigación	49
2.1.5 Definición Operacional de Términos	49
2.2 DISEÑO METODOLÓGICO	50
2.2.1 Tipo de la Investigación, Nivel y Método	50
2.2.2 Descripción del Área de Estudio	50
2.2.3 Población	51
2.2.4 Muestra. Muestreo	51
2.2.5 Criterios de Inclusión	52
2.2.6 Criterios de Exclusión	52
2.2.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	52
2.2.8 Validez y Confiabilidad	53
2.2.9 Plan de Recolección y Análisis Estadístico de los Datos	53
2.2.10 Consideraciones Éticas	54
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
3.1 RESULTADOS	56
3.1.1 Datos Generales	57
3.1.2 Datos Específicos	58
3.2 DISCUSIÓN	61
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
4.1 CONCLUSIONES	73
4.2 RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81
ÍNDICE DE ANEXOS	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		PÁG.
1	Autopercepción sobre los Cambios Psicosociales en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis. Lima – 2017	58
2	Autopercepción sobre los Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis. Lima – 2017	59
3	Autopercepción sobre los Cambios Sociales en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis. Lima – 2017	60

RESUMEN

El **objetivo** de la investigación fue determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en la microred Leonor Saavedra – Villa San Luis.

Material y Método: De enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 43 adultos mayores a quienes se les aplicó una escala tipo Likert.

Resultados: La autopercepción que tienen los adultos mayores sujetos de estudio sobre los cambios psicosociales es favorable en el 81.4% y medianamente favorable en el 18.6% **Conclusiones:** El mayor porcentaje de gerontos tienen una autopercepción favorable sobre los cambios psicológicos experimentados durante la adultez mayor. Ellos pueden recordar mejor las experiencias emocionalmente significativas vividas durante su juventud; y concentrar su atención en actividades de su agrado. Sin embargo, les incomoda olvidar el nombre de algunos objetos; y el no poder controlar adecuadamente sus emociones, les dificulta entablar adecuadas relaciones interpersonales. En la dimensión social; el mayor porcentaje de encuestados se autoperciben de manera favorable. A nivel individual, se sienten independientes al realizar solos actividades de la vida diaria y aceptan ayuda para la ejecución de otras tareas. Consideran que la muerte de un ser querido debe ser superada, más su propia muerte resultaría intimidante. A nivel social, afirman sentirse activos después de la jubilación y ser indispensables para la sociedad por sus experiencias. A nivel familiar, sienten que sus problemas no son de interés para su parentela.

Palabras Claves: Autopercepción, cambios psicosociales y adulto mayor.

SUMMARY

The objective of the research was to determine the self-perception about the psychosocial changes that older adults have that attend the elderly club in the microred Leonor Saavedra - Villa San Luis. Material and Method: Quantitative approach, application level, descriptive and cross-sectional type. The sample consisted of 43 older adults who were given a Likert scale. Results: The self-perception of older adult's subject to study on psychosocial changes is favourable in 81.4% and moderately favourable in 18.6%. Conclusions: The highest percentage of elders have a favourable self-perception on the psychological changes lived during adulthood. They remember better emotionally significant experiences experienced during their youth; and focus your attention on activities they like. However, it bothers when they forget the name of some objects; and not being able to control their emotions, that makes it difficult for them to assembly good interpersonal relationships. In the social dimension; the highest percentage of contestants gets self-perceive favourably. At the individual level, they feel independent when they perform single, easy every day activities and accept help for the execution for other tasks. They consider that the death of a loved one must be overcome, plus their own death would be intimidating. At the social level, they affirm that they feel active after retirement and are essential for society because of their knowledge. At family level, they feel that their problems are not of interest to their relatives.

Key words: Self-perception, psychosocial changes and older adult.

PRESENTACIÓN

El envejecimiento es una realidad que se viene experimentando alrededor del mundo entero. Datos estadísticos revelan el incremento sostenido de la población adulta mayor en el Perú, la cual está conformada por hombres y mujeres mayores de 60 años.

El aumento de los mayores no solo ha significado la transformación de la pirámide poblacional; sino también cambios para ellos en su entorno físico, psicológico, espiritual y social. El adulto mayor tiene nuevas necesidades, deseos, pensamientos y apreciación sobre sí mismo; la experiencia que ha adquirido a esta edad lo hace el mejor conocedor de su persona, de sus problemas o dificultades y del significado de la vejez.

Los adultos mayores se han convertido en un grupo considerable de atención dentro de los servicios de salud; siendo la enfermera la responsable de fomentar el autocuidado, hábitos saludables y atender sus necesidades para propiciar una mejor calidad de vida.

La enfermera es quien valora al adulto mayor de manera multidimensional y resulta imprescindible conocer a la persona en todas sus dimensiones, puesto que sin ello podría errar en la identificación del problema y en la dirección sus cuidados. Por ello la enfermera necesita conocer las preocupaciones de los mayores, aquellas que puede visualizar y aquellas su paciente le puede manifestar a través de la introspección detenida de su persona.

El presente estudio está estructurado por los siguientes capítulos: El Capítulo I, donde se muestra el origen del problema y su formulación, los objetivos y la justificación de la investigación. En el CAPITULO II se detalla las bases teóricas y metodológicas; el cual incluye los antecedentes, conformada por investigaciones reconocidas que guardan

relación con el trabajo de investigación, y por la base teórica que respalda el tema de investigación, además de la identificación de la variable, la hipótesis de investigación y la definición operacional de términos; por otra parte el diseño metodológico detalla la forma que se realizó el estudio. El CAPITULO III comprende los resultados, presentados de manera gráfica y la discusión de la investigación. El CAPITULO IV presenta las conclusiones que se desprenden de este estudio y las respectivas recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

Durante las últimas décadas se ha visto el incremento de la población adulta mayor en diversas realidades y culturas, proceso catalogado como un fenómeno global e inevitable. Con una esperanza de vida igual o mayor a los sesenta años, actualmente el hombre vive más tiempo alrededor del mundo entero.

Fenómeno que inicialmente surgió en los países desarrollados, para luego expandirse hacia los países en vías de desarrollo. La rapidez de los cambios en estos últimos escenarios genera preocupación en las naciones, debido a que deberán atender las demandas del nuevo grupo poblacional en un periodo más corto. ⁽¹⁾

El envejecimiento es también considerado como un fenómeno demográfico que permitió contabilizar a 810 millones de personas de 60 años y más en el 2012, y se espera que para el año 2050 este número llegue a 2 mil millones de personas a nivel mundial. ⁽²⁾

En el 2017 la población total del Perú superó los 31 millones de habitantes; de los cuales el 10,1% estuvo representada por la población adulta mayor. Situación que ha resultado en la transformación de la pirámide poblacional donde el incremento de la

esperanza de vida al nacer en 2,5 años, revela un comportamiento sostenido y progresivo.

Tal dinamismo poblacional ha generado que el Estado peruano ponga en cumplimiento su deber protector y de velar por el bienestar general de la población, a través de la instalación de políticas de salud que aseguren el desarrollo de los adultos mayores. ⁽³⁾

Así en el 2006, el Ministerio de Salud establece la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”; el cual tiene por finalidad mejorar la atención integral que se brinda a este grupo poblacional en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad. ⁽⁴⁾

Del mismo modo para el año 2013, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ha establecido el “Plan Nacional para las personas Adultas y Adultas Mayores”; donde el Estado y sociedad trabajan en conjunto hacia la creación e implementación de normas, políticas, programas y servicios para promover y proteger sus derechos, a fin de asegurar un envejecimiento digno, saludable y productivo. ⁽⁵⁾

Se espera que el cumplimiento de estas políticas mejore su estado de salud y bienestar, oriente a las necesidades y demandas de atención particular. De continuar la línea de cambio demográfico se prevé que año a año se incremente la cantidad de adultos mayores, de allí la importancia en conocer más aspectos sobre el proceso del envejecimiento.

El envejecimiento es catalogado como proceso universal, dinámico, multidimensional, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta la actualidad inevitable; donde ocurren una serie de cambios biopsicosociales que generan interés en diversas teorías y buscan su explicación. ⁽⁶⁾

Generalmente los cambios biológicos son los más evidentes, ya que reflejan físicamente el producto de la declinación morfológica y funcional en los diversos sistemas orgánicos y sensoriales. Sobre ellos resulta más sencillo conocer y actuar, porque de alguna manera se conoce el abordaje, y existen protocolos que indican el comportamiento a seguir frente a los mismos.

Los cambios psicológicos y sociales también se manifiestan, pero de manera más relacionada con el sentir propio de la persona y con el actuar dentro de un grupo familiar y social. En la dimensión psicosocial del ser humano no pueden aplicarse protocolos que estandaricen el actuar, por lo que se debe recurrir a la introspección personal; acto mediante el cual la persona se observa detenidamente a sí mismo e intenta comprenderse.

Al respecto Palacio, Luz y col. señalan que la percepción que el adulto mayor tiene sobre sí mismo y sobre su proceso de envejecimiento es de suma importancia al momento de identificar sus necesidades y darnos una mejor orientación hacia la satisfacción de las mismas. ⁽⁷⁾

La autopercepción explica el proceso mediante el cual la persona le otorga un significado particular a ciertos datos obtenidos a través de sus sentidos, datos que en primera instancia no fueron de interés. Así mismo la autopercepción es catalogada como una variable de

comportamiento muy fluctuante y modificable dentro del esquema de vida del adulto mayor. Se le da gran relevancia a su análisis, ya que ofrece datos fidedignos a la hora de querer conocer su mundo interior. ⁽⁸⁾

Solo si se conoce y comprende los cambios en el sentir, pensar, actuar y anhelo de los adultos mayores se podrá visualizar de manera más clara las demandas de este grupo poblacional; y así tomar decisiones acertadas hacia el logro de intervenciones efectivas que promuevan el bienestar de los mismos.

Por otra parte, es conocido que Enfermería como profesión brinda un cuidado humanizado, holístico e integrado en todas las etapas de vida; atendiendo las necesidades de la persona en cada una de sus dimensiones; y fundamenta sus acciones en teorías y modelos propios. Así el Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney se ha convertido en una propuesta efectiva para la atención holística e integral de la persona adulta mayor; el presente señala que el enfoque de atención hacia ellos debe ser de cuidado a sus necesidades básicas, afectadas por el proceso del envejecimiento, lo cual es la esencia del cuidado de la profesión. ⁽⁹⁾

Durante las prácticas pre profesionales al participar en el cuidado de los adultos mayores en diferentes escenarios; se evidenció que existen divergencias sobre las condiciones de vida, la forma de asimilar y sobrellevar los cambios externos e internos durante esta etapa, así como que existe un común denominador: el temor y las dudas que surgen ante cualquier cambio.

Muchas veces al termino de las actividades educativas para los adultos mayores, ellos se acercaron a preguntar sobre el tema antes tratado; y a pesar de resolver sus dudas, quedó en cada enfermera una sensación de insatisfacción, al percibir que no solo pretenden conocer más del tema sino que desean ser escuchados, manifestar sus dudas, temores y sentimientos que los embargaban.

Todo lo anteriormente presentado dio origen a una serie de interrogantes, tales como: ¿Cómo perciben los adultos mayores el proceso del envejecimiento?, ¿Qué cambios experimentan en su dimensión psicológica y social?, ¿Qué significado tiene para ellos estos cambios?, ¿Qué tan importante es para el profesional de Enfermería comprender los cambios por los que atraviesa el adulto mayor?, ¿Cómo el profesional de Enfermería puede brindar un cuidado holístico si solo atiende las necesidades producto de los cambios físicos?, ¿Cómo podemos conocer los cambios psicosociales por los que atraviesan y qué representan para ellos? Por lo expuesto anteriormente se considera importante realizar una investigación que responda a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en la Microred de Salud Leonor Saavedra-Villa San Luis del distrito San Juan de Miraflores, en el año 2017?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en la Microred de Salud Leonor Saavedra-Villa San Luis en el año 2017.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar la autopercepción sobre los cambios psicológicos que tienen los adultos mayores.
- Identificar la autopercepción sobre los cambios sociales que tienen los adultos mayores.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La OMS se refiere al envejecimiento como un fenómeno mundial e inevitable, que se inició en los países desarrollados; sin embargo en los últimos tiempos, también los países en vías de desarrollo siguen este patrón de cambio, pero con una modificación importante: mayor rapidez en la transformación. Esto se traduce como el acortamiento del tiempo para prepararse a las consecuencias del mismo. ⁽²⁾

En las últimas décadas el Perú ha experimentado una clara y sostenible transformación de la pirámide poblacional; con tendencia a la continuidad de tal evento por el incremento de la esperanza de vida al nacer en 2,5 años. ⁽¹⁰⁾

Actualmente la población adulta mayor; es decir de 60 años en adelante, representan el 10, 1% de la población total del país, que en términos absolutos supera los 2 millones 907 mil personas. En Lima Sur, el distrito de San Juan de Miraflores es el segundo en albergar a la mayor cantidad de adultos mayores; por ende la importancia de realizar el presente trabajo de investigación en el mencionado lugar. ⁽³⁾

Ante los cambios poblacionales, el Estado peruano ha comenzado a establecer políticas que le permitan proteger el desarrollo de los adultos mayores y satisfacer sus necesidades. Para tal fin en el año 2005 se crean los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores; en la cual se establece la toma de acciones hacia la implementación y fortalecimiento de la atención integral y diferenciada del adulto mayor, donde se incluya prestaciones que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico. Además se hace hincapié en el fomento de la investigación diagnóstica de la situación del adulto mayor a nivel nacional, regional y local, para planificar, ejecutar y evaluar intervenciones de salud en este grupo poblacional. ⁽¹¹⁾

Dentro de las competencias de una enfermera se resalta la importancia de poseer la cualidad de empatía; de tratar de ponerse en el lugar de la persona para así poder intentar comprender su sentir

y brindar de manera efectiva un adecuado cuidado. Sin embargo la empatía no siempre resulta ser sencilla de adquirir, por lo que sería de gran utilidad tener una aproximación del sentir real de los adultos mayores, de las dudas y temores, que esta nueva etapa de vida llena de cambios les pueda generar. ⁽¹²⁾

Por tal motivo se considera relevante realizar el presente estudio, que nos permita determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores a fin de conocer de manera real las modificaciones y necesidades que surgen en esta etapa de vida. Al mismo tiempo se espera que los resultados del estudio proporcionen información de impacto a las autoridades y al equipo de multidisciplinario de la Microred Leonor Saavedra - Villa San Luis; y puedan utilizar la información levantada como base en la elaboración de programas de intervención sanitaria encaminadas hacia la comprensión, desarrollo y mejora en la calidad de vida del adulto mayor.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1.1 En el Ámbito Internacional

García, Floralinda realizó la investigación “Autopercepción de Salud y Envejecimiento”, realizado en Colombia el año 2013; tuvo por objetivo determinar desde diferentes puntos de vista los múltiples factores que influyen en la autopercepción de salud de los adultos mayores. Metodología: tipo revisión documental de artículos científicos. Entre las conclusiones tenemos:

“El envejecer bien o mal depende de situaciones propias del contexto social de los mismos individuos que envejecen”; “Es de vital importancia conocer la percepción que los adultos mayores tienen de su propia realidad, y en especial de sus carencias y necesidades, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y evitar en lo posible, factores de riesgo que pongan en juego su integralidad física y mental” ⁽¹³⁾

Rosales, Reinalda; García, Reina y col. en el estudio “Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor”, realizado en Cuba el año 2014; tuvo como objetivo identificar el estilo de vida y autopercepción sobre salud mental. Metodología: estudio descriptivo y de corte transversal. Entre las conclusiones tenemos:

“Con relación a la vejez como última etapa de la vida, habría que incluir los principales eventos que se han descrito para la misma, a saber: la viudez, el papel de los cuidadores del anciano y del anciano como cuidador, la jubilación y la muerte”; “Es probable que viva la etapa de jubilación y retiro como una etapa de pérdida y minusvalía, una especie de marginación social; resulta fácil que se sienta como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan para él...”⁽¹⁴⁾

Llanes, Haydeé; López, Yeleinis y col. en la investigación “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, realizado en Cuba el año 2015; tuvo como objetivo describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor del Policlínico docente “Felipe Poey”. Metodología: estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal. Entre las conclusiones tenemos:

“Son múltiples los factores psicosociales de la depresión del adulto mayor, combinándose los factores psicológicos y los factores sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor”.⁽¹⁵⁾

Palacio, Luz; Ríos, Ana y col. en la investigación “Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia)”, realizado en Colombia en el año 2010; tuvo por objetivo determinar las percepciones sobre envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del hogar geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla. Metodología: Enfoque cualitativo - Análisis de categorías de expresiones más frecuentes validadas por triangulación con el consenso de los observadores; estas categorías se analizaron con referentes teóricos sobre el envejecimiento. Entre las conclusiones tenemos:

“El envejecimiento se percibe como un proceso de carácter multidimensional. La percepción del envejecimiento está influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad; con respecto al bienestar, la mayoría está conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales

cuenta; prevalecen en ellos las percepciones positivas. La unión familiar fue clave para la percepción de la vejez y el bienestar”. (7)

Cerquera, Ara; Omaira, Ludy y col. en la investigación “Autopercepción de la salud en el adulto mayor”, realizada en Colombia, el año 2010; tuvo por objetivo comparar el imaginario de autopercepción de la salud en adultos mayores de la investigación: Imaginarios sociales sobre el envejecimiento de las mujeres, realizada en Ganada-España y Bucaramanga-Colombia (2008). Metodología: El estudio (objeto de análisis) fue de corte transversal descriptivo, se realizó mediante la aplicación de un instrumento basado en el “cuestionario de valoración de estereotipos sobre el envejecimiento”. Entre las conclusiones tenemos:

“La autopercepción de la mujer respecto a su salud después de los 60 años se considera como negativa mientras que los hombres no se autoperciben del mismo modo”. (16)

2.1.1.2 En el Ámbito Nacional

Gonzáles, Mayra en la investigación “Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor “Rímac” ESSALUD. 2010”; tuvo por objetivo determinar los problemas psicosociales y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Rímac. Metodología: El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal. Entre las conclusiones tenemos:

“El problema psicosocial que afecta a la mayoría de los adultos mayores sobre todo en el sexo femenino y el grupo comprendido entre 60-75 años de edad es el de la jubilación. Siendo el salario o ingreso reducido, la nostalgia y el retiro de toda actividad laboral las principales causas por la que no se sienten bien con la jubilación. El segundo problema es el de soledad, siendo los más afectados el sexo masculino y el grupo de edad comprendido entre 75 a más años de edad. Y la causa principal de ello ya sea viviendo solos o acompañados fue: nadie los visita, muy pocas veces la familia se preocupa por él, tiene poco apoyo familiar y se sienten solos a pesar de vivir acompañado”.⁽¹⁷⁾

Vilca, Adeliz en el estudio “Percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento. Centro de Salud José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo – 2010”, realizado en Lima metropolitana – Rímac el año 2010; tuvo por objetivo determinar la percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo - 2010. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. Entre las conclusiones tenemos:

“La percepción que tienen los adultos maduros sobre el proceso de envejecimiento es en su mayoría “Medianamente favorable”; es decir, aceptan parcialmente sus cambios físicos, psicológicos y sociales que se dan durante el proceso de envejecimiento, lo que significa que, se sienten bien consigo mismo de manera parcial; sin embargo, ese sentir contribuye a un envejecimiento positivo”.⁽¹⁸⁾

Vera, Martha en la investigación “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Lugar: Asentamiento Humano Laura Caller - Los Olivos. Año: 2007”, tuvo por objetivo comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia. Metodología: (Tipo: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones

Sociales. Población: Adultos mayores y sus respectivos grupos familiares. Muestra: 16 adultos mayores, con las siguientes características: 7 fueron varones y 9 mujeres; la edad promedio fue 72 años en los hombres y 71 años en las mujeres; el grado de instrucción fue analfabetos (3 mujeres), primaria (4 hombres y 4 mujeres), secundaria (1 mujer), superior (3 hombres, 1 mujer); el estado civil, viudo (2 hombres, 5 mujeres), casado (3 hombres, 1 mujer), separado (2 hombres, 2 mujeres), conviviente (1 mujer). Tuvieron como ocupación pasada: profesor (2 hombres, 1 mujer), un ingeniero, un enfermero del ejército, un juez de paz, una partera tradicional y un trabajador de campo. Los miembros del grupo familiar tuvieron como promedio entre 3 y 4 integrantes. Entre las conclusiones tenemos:

“Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda”.⁽¹⁹⁾

2.1.2 Base Teórica Conceptual

2.1.2.1 Generalidades del Adulto Mayor

2.1.2.1.1 Definición de Adulto Mayor

El adulto mayor es aquella persona quien se encuentra en la última etapa del desarrollo, y que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece. Se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento, biopsicosocial. ⁽²⁾

2.1.2.1.2 Características del Envejecimiento

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducirlo hacia la muerte.
- Intrínseco: Porque ocurre en el individuo, es propio de él, pero está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada aspecto tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.

2.1.2.1.3 El Envejecimiento para el Adulto Mayor

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo, y hasta el momento, inevitable; en el cual ocurren una serie de cambios biopsicosociales. Asociados a la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, estilos de vida y la presencia de enfermedades. ⁽⁶⁾

El envejecimiento como proceso biológico resulta ser inherente al ser humano, pero a la vez diferencial en cada uno. El desarrollo propio de cada individuo hace que este proceso se adelante en unas personas y se retrase en otras; sin embargo, es común en todos, el declive progresivo del organismo, lo que da origen al deterioro de la salud física y un sinnúmero de patologías durante la adultez mayor. ⁽²⁰⁾

A nivel psicológico, en esta etapa del desarrollo, la persona atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto. Este hecho le permite evaluar la forma como ha desenvuelto su vida hasta entonces. ⁽²⁰⁾

A nivel social algunos de los acontecimientos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ello la inclusión social; la falta de actividades físico-recreativas y la disminución en la interacción con sus pares repercute también en su vida social. ⁽²⁰⁾

2.1.2.2 Cambios Psicológicos y Sociales en el Adulto Mayor

2.1.2.2.1 Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor

a. Cambios en la Atención

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida. ⁽²¹⁾

- **Alerta:** Es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante. Existen 2 tipos:
 - Alerta Tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite una respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa. ⁽²¹⁾
 - Alerta Fásica: es la capacidad de activación que se encarga de prepararnos psicológicamente para la acción. Nos predispone para orientarnos mediante un control voluntario. ⁽²¹⁾

- **Atención selectiva:** Es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información. ⁽²¹⁾

- **Atención sostenida:** Es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distractibilidad. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos. ⁽²¹⁾

- **Atención dividida:** Es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental. ⁽²¹⁾

En los adultos mayores la atención, sobre todo mantenida o sostenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan como un declive en la tasa de exactitud de la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva del grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida.

El déficit en la atención selectiva se ha explicado por la dificultad de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, lo que significaría que se trata de un problema perceptivo. ⁽²¹⁾

Consideramos muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea

que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de este componente de la atención del senescente.

b. Cambios en la Memoria

- **Memoria sensorial:** Es el primer almacén de información, tiene la duración más breve (entre 0,5 y 2 segundos), y corresponde a la retención inmediata de los efectos sensoriales producidos por una estimulación y que, incluso, se puede borrar antes de que la persona tenga conciencia de su contenido. La función esencial de los registros sensoriales consiste en permitir que el estímulo inicial se prolongue el mayor tiempo posible, con el fin de asegurar el tratamiento de la información.

Dentro este tipo de memoria se diferencia básicamente la memoria icónica, para el sistema visual y la ecoica para el sistema auditivo. ⁽²²⁾

La diferencia más importante que se establece en la memoria sensorial con la edad es un aumento del tiempo requerido para transferir la información desde este primer sistema a la memoria primaria y secundaria, así como el resultado de la posible influencia de deficiencias visuales sobre la ejecución mnésica, que nos permite hacer presente algo que aconteció en el pasado. ⁽²²⁾

- **Memoria primaria o memoria a corto plazo (MCP):** Es el siguiente almacén de información; sistema de recepción temporal con capacidad limitada que mantiene la información en la conciencia durante unos segundos (15 a 30 segundos) tras el aprendizaje.

Una hipótesis sobre el déficit en este tipo de memoria, es la incapacidad de separar los estímulos no deseados de los deseados, es decir, debido a ciertos cambios fisiológicos que se producen en la parte del cerebro que favorecen la atención; los pensamientos irrelevantes para la tarea importunan, y dejan menos espacio o energía en la memoria de trabajo para procesar lo que deseamos recordar y memorizar. ⁽²²⁾

Por otra parte, las diferencias entre jóvenes y ancianos se manifiestan claramente cuando las tareas exigen mayor atención, flexibilidad mental y procesos de reorganización del material. Así, se evidencian problemas en el registro y procesamiento de la información, pero además la recuperación muestra un empeoramiento, ya que se vuelve más lenta, de manera que los mayores cometerán significativamente más errores que los jóvenes cuando realicen este tipo de tareas. Por otra parte, parece importante indicar que estas diferencias se pueden ver disminuidas si los estímulos presentados son familiares. ⁽²²⁾

Dentro de la memoria a corto plazo, Baddeley definió un subsistema que denominó como memoria de trabajo y que tiene tres funciones básicas. En primer lugar permite el almacenamiento y procesamiento simultáneo de la información, lo cual exige, por un lado, mantener activos en un estado accesible los contenidos mentales y, por otro lado, transformar los

contenidos a través de las operaciones mentales. Además tiene una función de supervisión, lo cual supone tutelar y controlar las operaciones y acciones mentales. Por último tiene una función de coordinación, que pueden suponer tres cosas: coordinar la información de diferentes fuentes, coordinar operaciones mentales sucesivas en una secuencia y, coordinar los elementos en estructuras. ⁽²²⁾

Los ancianos muestran un particular impedimento en las operaciones de memoria de trabajo que requieren realizar:

- Una coordinación del procesamiento cognitivo en tareas de procesamiento mental complejo, así como la realización de simples operaciones mentales aritméticas.
- La supresión de las estrategias de recuerdo habituales y la producción de secuencias alfabéticas no familiares.
- Una actualización eficiente en la memoria de ciertos elementos de la prueba, particularmente cuando el sujeto se encuentra sometido a una presión de tiempo.

➤ **Memoria secundaria o memoria a largo plazo (MLP):** Tiene la capacidad ilimitada, y en ella se encuentran almacenados todos nuestros conocimientos, recuerdos, habilidades e incluso la información sobre el funcionamiento de los procesos cognitivos. Este sistema no sólo mantiene de forma permanente la información, sino que también interviene activamente en todo el proceso de recuerdo. ⁽²²⁾

Parece ser que el deterioro cognitivo del envejecimiento se pone de manifiesto tanto en el proceso de aprendizaje, como en el de almacenamiento y el de recuerdo, pero depende bastante del tipo

de tareas. Así en el caso de tareas de condicionamiento clásico o de condicionamiento operante, el rendimiento en ancianos se ve disminuido, pero en tareas como el aprendizaje de un instrumento musical o una lección de historia, si se les proporciona mayor tiempo no hay diferencias con los jóvenes. ⁽²²⁾

Se ha observado que el recuerdo difiere entre jóvenes y ancianos cuando la tarea requiere un procesamiento elevado, siendo superior en jóvenes; mientras que si la tarea no requiere de tal no hay apenas diferencias. Esto sugiere que la explicación que más peso tendría en cuanto al déficit de memoria en ancianos sería la de un fallo en el proceso de almacenamiento (en la atención dirigida a los estímulos), pues si fuera en la inaccesibilidad, en el mantenimiento de la información almacenada o en los procesos de interacción entre codificación y recuperación no se produciría tal diferencia. Además la información una vez depositada en el almacén a largo plazo se mantiene tan eficientemente en personas jóvenes como en ancianas. ⁽²²⁾

En cuanto a los fallos en la recuperación se observa que son más en las tareas de recuerdo libre, pues en tareas de reconocimiento o en tareas de recuperación con señales o indicios mejoran su ejecución, haciéndose menor la diferencia existente entre jóvenes y ancianos.

En cuanto a la interacción entre codificación y recuperación, hipótesis sostienen que, en los mayores se presenta un déficit en la organización espontánea del material que se les presenta pero que, si se les proporcionan estrategias como instrucciones acerca de cómo organizar la información, mejoran en su ejecución. No obstante en los ancianos persisten estos déficits para las listas

organizadas, posiblemente porque codifican menos ítems que los jóvenes por categoría y no porque sean peores codificando información de orden superior.

- **Memoria terciaria:** Muchas personas mayores evocan recuerdos que han permanecido en la memoria desde su infancia; suelen ser hechos o eventos que marcaron su vida. A pesar de los esfuerzos realizados en investigación, la metodología científica empleada ha sido incapaz de verificar y controlar las fases de adquisición y codificación de los recuerdos autobiográficos y, por tanto, los resultados tienen poca consistencia. indican varios motivos de porqué los ancianos recuerdan mejor los sucesos lejanos que los recientes:
 - Que los eventos remotos normalmente están cargados de una mayor valencia emocional que los cotidianos.
 - Que los eventos remotos son seleccionados por el sujeto y no por el evaluador.
 - Que no están siendo recuperados desde el momento en que ocurrieron, sino desde la última vez que fueron evocados o repasados.
 - Así los recuerdos mejor conservados serían los más importantes para el sujeto y los dotados de mayor carga emocional. ⁽²²⁾

La memoria también puede clasificarse en memoria procedural o implícita y memoria declarativa o explícita, la cual a su vez se divide en episódica y semántica. Parece ser que la memoria procedural o implícita no sufre deterioro, aún si existiera daño cerebral; mientras que en la declarativa o explícita si existen cambios. ⁽²²⁾

La memoria procedural no necesita ningún acto intencional para su adquisición ni para su recuerdo, pero su establecimiento no es inmediato, sino progresivo, mediante la repetición de sus elementos. Este tipo de memoria se referiría a las habilidades que se han practicado mucho, convirtiéndose en automáticas, de forma que las recordamos sin necesidad de reflexionar ni de pensar de forma consciente. Pueden ser de tipo cognitivo, como leer o involucrar un componente motor, como ir en bicicleta, conducir, tocar un instrumento o escribir a máquina. Este tipo de memoria no se ve deteriorada por la edad, siendo tan eficientes en este tipo de actividades las personas mayores como las jóvenes.

La memoria declarativa se refiere a nuestro conocimiento sobre el mundo, almacenándose en ella dos tipos de contenidos: episódicos y semánticos. Puede adquirirse con una sola experiencia e inducirse su recuerdo intencionadamente o mediante el contacto con algún estímulo evocador. ⁽²²⁾

La memoria episódica almacena hechos y acontecimientos que nos han ocurrido a lo largo de la vida, movilizándose de forma consciente y recuperando eventos vinculados a un tiempo y un lugar. Es decir, implica el recuerdo de hechos concretos y se refiere a recuerdos que forman parte de la experiencia personal y que son activamente recuperados utilizando información contextual sobre cuándo y cómo se ha dado un determinado acontecimiento. Por ejemplo, cuando nos preguntamos ¿dónde hemos dejado las llaves? o ¿cómo ocurrieron aquellos hechos?, necesitamos reconstruir el contexto donde se dio la experiencia original para contestar a la pregunta.

Referente a este tipo de memoria, al reducir el soporte ambiental, y por lo tanto incrementar el grado de procesamiento intencional requerido por la tarea, los grupos de personas mayores rinden más pobremente que los más jóvenes, es decir, les cuesta más retener y recordar sucesos a las personas mayores cuando la información o el material a recordar no tiene significado para ellos, no resulta familiar, y se requiere mayor esfuerzo para codificar y recuperar dicha información.

En este sentido, hemos de tener en cuenta que, además, las personas mayores codifican menos datos contextuales, de forma que no pueden recordar tantos datos sobre el contexto en el que se produce el acontecimiento como los jóvenes, a no ser que este les sea familiar. Siendo así, la diferencia entre jóvenes y ancianos disminuye por requerir menor procesamiento intencional. ⁽²²⁾

Mientras que la memoria semántica constituye un conocimiento objetivo que ha sido acumulado y organizado, a lo largo de la vida, más conceptualmente que contextualmente. Este tipo de memoria recupera hechos y conceptos sin hacer referencia explícita al contexto en el que fueron registrados inicialmente. Se moviliza de forma inconsciente y evoca conceptos, símbolos, palabras, etc., que son necesarios para el lenguaje.

Este tipo de memoria, está bastante preservada durante la edad adulta avanzada y se postula que, en el caso de haber diferencias atribuibles a la edad, éstas sería más probable que fueran debidas al modo en el cual se organiza este tipo de memoria. Sin embargo, según estudios recientes pueden existir disminuciones relacionadas con la edad en algunas tareas relacionadas con este

tipo de memoria: vocabulario, fluidez y encontrar palabras en el discurso espontáneo. ⁽²²⁾

c. Cambios en el Lenguaje

El lenguaje es sin duda una de las funciones cognitivas más relevantes y complejas del ser humano.

En el ámbito gerontológico, la mayor parte de personas mayores conservan la capacidad de utilizar su lenguaje; sin embargo, este posee ciertas características asociadas a la edad. ⁽²³⁾

Desde el punto de vista biológico; las pérdidas sensoriales se producen en los diferentes sentidos, pero el déficit auditivo es más generalizado en las personas mayores, lo que puede producir problemas en la comprensión oral y reducción en la capacidad de comunicación. ⁽²³⁾

Por otro lado el deterioro cognitivo afecta la capacidad de procesamiento y con ello todos los procesos cognitivos, especialmente en la memoria operativa (memoria de trabajo) y capacidad atencional; con la influencia en la comprensión, en el mantenimiento de una conversación, en la producción de oraciones complejas, etc.

Numerosos estudios hablan de un deterioro de lenguaje asociado a la edad y que afecta tanto al léxico como a la sintaxis, así como a la organización del discurso. ⁽²³⁾

- **Alteraciones del léxico asociadas a la edad:**
En los estudios de adultos mayores se han encontrado tres fenómenos:

- El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: los adultos mayores reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo del nivel cultural. ⁽²³⁾
 - Existen dificultades importantes en el acceso al léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos, aumento de episodios de “punta de la lengua” o dificultades en el recuerdo de palabras. ⁽²³⁾
 - El conocimiento conceptual no parece que se deteriore con la edad, sino que al parecer se incrementa en los sujetos mayores. Por lo tanto, las dificultades léxicas en las personas mayores se deberían más a un problema de ejecución que de competencia. ²¹ El conocimiento se mantiene tanto desde el punto de vista conceptual, como semántico y fonológico, y lo que se observa es una dificultad para acceder a este conocimiento lo que se manifiesta en:
 - Incapacidad para encontrar nombres (especialmente propios o poco frecuentes).
 - Aumento de los tiempos de reacción.
 - Uso de paráfrasis como estrategia compensatoria. Estas dificultades se diferencian de otros déficits en el léxico en otros cuadros patológicos como las demencias o en las afasias, en las cuales sí hay una alteración de la competencia.
- **Alteraciones de la sintaxis asociados a la edad:**
Las capacidades sintácticas en las personas mayores están relacionadas con dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas. ⁽²³⁾

Las alteraciones en la comprensión y producción de estructuras sintácticas complejas se deben a una disminución en la memoria operativa; el procesamiento sintáctico implica, al menos, la participación de un procesador específico para la gramática y de la memoria operativa. Se supone que la dificultad tiene su origen en las limitaciones de las personas mayores para operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, o en la limitación de memoria verbal a corto plazo. ⁽²³⁾

- **Alteraciones en el discurso narrativo asociados a la edad:** Las personas mayores evidencian importantes dificultades para comprender y producir adecuadamente diferentes tipos de discurso, como la comprensión de textos, conversación espontánea, descripciones, relatos autobiográficos, comprensión y narración de historias y comprensión de párrafos en prosa. ⁽²³⁾

Este deterioro se manifiesta en:

- Efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso.
- Dificultades en los sujetos de edad avanzada para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos, o a partir de materiales visuales.
- Dificultad para elaborar historias coherentemente estructuradas y con gran contenido informativo.

Pero las dificultades observadas en las personas mayores al parecer están producidas por una alteración en la capacidad atencional o en la memoria operativa, y no en dificultades de razonamiento o agramatismo, que no han sido encontradas en forma generalizada en las personas mayores sin alteraciones neurológicas. ⁽²³⁾

d. Cambios en la Afectividad Emocional

Las emociones son concebidas como estados afectivos que incluyen cambios psicológicos, orgánicos, fisiológicos y endócrinos, que cumplen diversas funciones y sobrevienen o desaparecen de una manera brusca. ⁽²⁴⁾

Las emociones tienen un lugar relevante en las relaciones sociales, y constituyen uno de los mayores lazos comunicativos que permiten generar los vínculos. ⁽²⁴⁾

Los estados de ánimo que acompañan algunas emociones, como la euforia o el regocijo, el miedo, la ira o la vergüenza, no se alteran con el tiempo. Esto implicaría que el núcleo cualitativo de dichas experiencias no cambia con la edad, aun cuando los sentimientos pueden volverse cognitivamente más complejos y elaborados. ⁽²⁴⁾

La estabilidad es un aspecto fundamental del sistema emocional, ya que permite una cierta constancia tanto a nivel de la identidad como de las relaciones personales; de esta forma el sujeto puede predecir ciertas actitudes. ⁽²⁴⁾

Otros aspectos del comportamiento y la experiencia emocional son modificables con el desarrollo. Los adultos mayores deliberadamente intentan controlar (autorregular) la mezcla de estímulos emocionales con el objetivo de lograr la optimización afectiva. Por esta razón son más proactivos en buscar ambientes sociales que les permitan evitar efectos negativos o conflictos, así como les permitan la suficiente estimulación intelectual y emocional. ⁽²⁴⁾

Estos hallazgos han dado lugar a considerar la noción de efecto de positividad, definido originalmente como el cambio de la selección de la información negativa hacia la positiva que se produce en la edad avanzada. Esto implicaría la priorización de las gratificaciones emocionales actuales llevando a que los adultos mayores sean más sensibles a la información positiva y menos a la negativa, o a buscar evitarla.

Los adultos mayores regulan mejor sus emociones y experimentaban estados negativos menos duraderos que los adultos jóvenes.

Los adultos mayores también obtuvieron mayor puntaje que los adultos jóvenes en tres de las cuatro ramas del test de inteligencia emocional de Mayer; esto es, en facilitación, comprensión y manejo de emociones. ⁽²⁴⁾

Los estudios recientes marcan que la complejidad emocional aumenta con la edad y las emociones se entremezclan, volviéndose más complejas. Un estudio de muestreo de experiencias permite observar que los adultos mayores sentirían una mezcla de emociones más complejas que los adultos más jóvenes, alojando emociones positivas y negativas simultáneamente. ⁽²⁴⁾

A diferencia del declive asociado al envejecimiento físico y cognitivo, el emocional parece beneficiarse con la edad. Los cambios en el procesamiento cognitivo de los estímulos emocionales, el incremento de la motivación emocional y la competencia emocional contribuirían con estas mejoras. ⁽²⁴⁾

2.1.2.2.2 Cambios Sociales en el Adulto Mayor

a. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como individuo

➤ **Significado de la muerte para el adulto mayor**

La muerte, ha sido definida como la cesación de las funciones vitales o término de la vida, su concepción e imagen varía según la cultura y el momento histórico.

Según Erickson los logros en la última etapa de vida son adquirir la aceptación del ciclo vital y de la muerte. De esta manera se adquieren las virtudes de aceptación y sabiduría. La no consecución de estas tareas del desarrollo trae como consecuencia temor a morir, desesperanza, negación, rebeldía, malestar y desesperación. Quizás la última tarea evolutiva sea aceptar la muerte como algo inevitable, pero con una actitud positiva, reconociéndola como un merecido descanso. ⁽¹²⁾

Una vez llegada la madurez biológica la velocidad de envejecer se da con mayor rapidez, ésta se acompaña de una limitante física, mental y al mismo tiempo la persona es capaz de observar el envejecimiento propio y el ajeno, meditar y reaccionar frente a la muerte de sus semejantes y la proximidad de la propia. ⁽²⁵⁾

Frecuentemente el adulto mayor comienza a experimentar con mayor angustia y constancia la aproximación de la muerte inevitable; de tal manera que la muerte no se concibe de la misma manera de un ser humano a otro, de una raza a otra, de una cultura a otra, de una edad a otra, de una religión a otra o de nivel socioeconómico. Además de las contradicciones que percibe cada ser humano creando la idea

errónea de que el hombre muere a una edad determinada, ancianidad; y el hecho probable de alcanzar ese límite, le provoca una tremenda angustia y no puede escapar de ella. ⁽²⁵⁾

La muerte constituye una de las fuentes de angustia más significativas e importantes. ⁽²⁵⁾

Si bien es cierto todo ser vivo muere, pero sólo el hombre tiene conciencia de ello y se ha relacionado con sentimientos de temor y miedo, principalmente en el adulto mayor. ⁽²⁶⁾

b. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como integrante de un grupo familiar

➤ **En la convivencia con hijos y nietos**

La adultez es una etapa de la vida que conlleva por sus necesidades e intereses, al soporte incondicional de la familia, como primera red de apoyo social. ⁽²⁷⁾

La familia actual sigue siendo considerada la célula básica de la sociedad, así como la institución más solidaria por encima de los esquemas de protección social; consecuencia de los nuevos papeles asignados a cada uno de sus integrantes, la familia ha experimentado un nuevo planteamiento en las relaciones intergeneracionales. En este contexto, los conceptos de amor, autoridad, respeto, solidaridad o ayuda mutua y recíproca, cobran una nueva dimensión que se traduce en comportamientos y actitudes. ⁽²⁸⁾

El entorno familiar desempeña un papel sumamente importante en el proceso de envejecimiento, en relación con el cometido que el anciano tiene asignado o se espera de él. ⁽²⁸⁾

La atención familiar al anciano hunde sus raíces más profundas en factores sociales, psicológicos y culturales. La idea de que los hijos deben cuidar y atender a sus padres, ha pasado a formar parte de la conciencia colectiva de Occidente. De ahí se deriva la existencia de no pocos sentimientos de culpa en los hijos si incumplen los dictados de su conciencia en el caso de desentendimiento total de los ancianos.

Mientras los ancianos pueden valerse por sí mismos en el desarrollo de sus actividades, la atención de las familias es algo que apenas se plantea, sin constituir problema alguno.

Las dificultades en la convivencia y en las posibilidades de atención aparecen cuando los ancianos empiezan a cursar deterioro físico y/o mental, decrepitud o achaques. Si los apoyos públicos no existen o son insuficientes, la situación se agrava. ⁽²⁸⁾

➤ **El adulto mayor independiente dentro de la familia**

La vejez digna e independiente es la capacidad de vivir la vida al máximo, en el hogar sin importar la edad, enfermedad o discapacidad. Gran parte de los adultos mayores no llegan a esta etapa de la vida con buena salud y por ende necesitaran, en algún momento, apoyo para realizar sus actividades. Este tipo de cuidado puede afectar cada aspecto de su vida, desde cómo y dónde vive hasta los medios económicos para solventar sus necesidades. ⁽²⁹⁾

Las actividades de la vida diaria (AVD) es una de las variables consideradas indicadores de dependencia-independencia en la vejez que se asocia al deterioro cognitivo y físico. ⁽²⁹⁾

Las dificultades cognitivas asociadas a la edad llevan de la mano diversas limitaciones en el funcionamiento que fomentan igualmente

la dependencia diaria. En este sentido, debemos señalar que hoy en día queda clara la unión entre el deterioro cognitivo y el deterioro funcional en las personas mayores. ⁽³⁰⁾

Consecuente a la vejez y a la pérdida de la independencia, la persona puede experimentar una serie de sentimientos complicados, tales como:

- Temor, respecto a su nueva vulnerabilidad, generando interrogantes sobre cómo se asistirán por sí mismos. Abrumados, se esperan en el apoyo de los amigos cercanos y la familia.
- Enojo, al sentir que no pueden satisfacer sus necesidades por sí solos, y pueden exteriorizar este sentimiento sobre sus seres queridos.
- Culpa, otros incluso pueden sentirse culpables y rechazar la ayuda que necesitan de parte de la familia y de los amigos, debido a que se consideran una carga.
- Confusión; sobre pedir ayuda y anhelo de “lo que fue”.

c. Cambios en el Rol Individual: El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas

➤ **Pérdida de capacidades**

El primer indicio que se presenta durante el envejecimiento es la disminución del rendimiento físico, que puede variar en intensidad entre una persona y otra. Un elemento de la aptitud física y condicionante de la fuerza del individuo, es la condición muscular, componente necesario para realizar muchas de las actividades de la vida diaria. De la misma manera se presentan limitantes

psicosociales, las cuales también influyen en el diario vivir de la persona. ⁽³¹⁾

El proceso de envejecimiento va acompañado de una serie de cambios fisiológicos, que al combinarse con los nuevos patrones de comportamiento que le asigna la sociedad al adulto mayor, producen un marcado deterioro en su capacidad para desenvolverse satisfactoriamente en su medio. ⁽³¹⁾

Siendo la imposibilidad de evitar la impotencia ante los procesos degenerativos, el terror a ser dominado como un niño, a obsesión de convertirse en un ser distinto al que uno es, la situación de pensar diferente e incluso de dejar de pensar del todo, para que luego se actúe sobre uno sin que pueda reaccionar, explicar o siquiera preguntar; cambios que generan comúnmente angustia en el adulto mayor. En otras palabras, éste se convierte en objeto de cuidados, en un ser dependiente de otros; no sólo para realizar las actividades de la vida cotidiana, sino también para que decidan sobre su vida. ⁽³²⁾

➤ **Afectivas: Pérdida del conyugue, familiares y amigos.**

La experiencia de la pérdida en cada momento dentro del ciclo vital presenta características propias, cada situación tiene su carga dramática y en cada caso hay variables diferentes que pueden complicar el duelo o dificultar su elaboración. Tener una edad avanzada puede influir considerablemente en el modo en que las personas se enfrentan al dolor por la pérdida de un ser querido, y las ideas sociales dominantes sugieren a menudo que esta influencia es, por lo general, totalmente negativa para las personas mayores. ⁽³³⁾

d. Cambios en el Rol Social

➤ **La jubilación en el adulto mayor**

La jubilación es la situación laboral por la cual una persona tiene derecho a una remuneración tras alcanzar una edad reglamentaria para dejar de trabajar. ⁽³⁴⁾

Las principales consecuencias que tiene la jubilación son: pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva en muchos casos, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre.

Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes: estados de ansiedad, estados de depresión, labilidad emocional, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, etc. Numerosos estudios han demostrado que la pérdida de actividad de la jubilación sino se reemplaza puede dar lugar a un declive en las funciones cognitivas. ⁽³⁴⁾

➤ **El adulto mayor y su participación comunitaria**

La Organización Mundial de la Salud, propone un mundo para todos en donde cada uno aporte lo suyo y que el adulto mayor también puede aportar muchísimo. Estas cuestiones no sólo se dan en el mundo de los abuelos, sino también en los niños; quienes son otro punto débil de la sociedad. Ambos grupos ameritan de preocupación permanente y acciones concretas. “Por este panorama, yo creo que hay que aprovechar todos estos ejemplos de vida, no solamente para que enseñen, sino para que aprendan. Al estar juntos en espacios, se puede lograr juntar el adulto con el niño, no solo en el ámbito familiar o a nivel social, sino también en las instituciones públicas. Se

puede aprender uno de otro, el niño tendrá un poco más de paciencia y será más tranquilo en su accionar, porque tiene cerca al adulto que necesita otro ritmo; y el mayor también necesitará tomarse ese tiempo, en la medida que el mundo no ande, uno por un lado y otro por otro, sino que tienen que andar juntos, ya que se necesitan”, Domínguez. ⁽³⁴⁾

2.1.2.3 Generalidades sobre Autopercepción

La autopercepción consiste en conocerse a sí mismo; conocer las emociones, personalidad, ideas, deseos, entre otros. En definitiva conocerse a uno mismo de la manera más íntima posible, para así poder formarse una opinión sobre sí. ⁽⁸⁾

La autopercepción se logra a través de la introspección y los seres humanos son los únicos capaces de lograrlo, capaces de tener una autoimagen y comprender su estado de afectivo, emocional y mental. ⁽⁸⁾

El desarrollo de la autoimagen y auto concepto comienza desde la niñez en el seno de la familia y en parte ello puede influenciarse de las experiencias e información objetiva, verbal y subjetiva que se asimila del entorno familiar y social. Se cree que la sociedad tiene cierta influencia al momento en que la persona intenta percibirse a sí mismo, lo cual desvirtúa la original autopercepción. ⁽⁸⁾

2.1.2.4 Políticas de atención del Adulto Mayor

2.1.2.4.1 Ley N°30490, Ley de las Personas Adultas Mayores

a. Principios Generales

Son principios generales para la aplicación de la presente ley los siguientes:

- Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores: Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- Seguridad física, económica y social: Toda medida dirigida a la persona adulta mayor debe considerar el cuidado de su integridad y su seguridad económica y social.
- Protección familiar y comunitaria: El Estado promueve el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad.
- Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor: Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biopsicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

Tiene como finalidad establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación.

Finalmente, cabe resaltar que la norma se aplicará teniendo en cuenta los siguientes enfoques: derechos humanos, género, intergeneracional e intercultural, que son desarrollados y establecidos en el reglamento de la presente ley, de acuerdo a la normatividad vigente. ⁽³⁵⁾

2.1.2.4.2 Plan Nacional para las Personas Adultas y Adultas Mayores

El Plan Nacional para las Personas Adultas y Adultas Mayores 2013-2017, reúne el esfuerzo de planificación concertada realizado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Dirección General de la Familia y Comunidad, los sectores, instituciones comprometidas y los 26 Gobiernos Regionales, para definir los objetivos estratégicos, resultados e intervenciones liderados por el MIMP y ejecutarlos por las entidades de los tres niveles de gobierno. ⁽⁵⁾

El marco conceptual que sustenta el presente Plan Nacional se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los logros de la humanidad. Además, establece que para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores. ⁽⁵⁾

Este plan ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector, siendo: los derechos humanos, igualdad de género, interculturalidad y enfoque intergeneracional. Asimismo, fue estructurado sobre los cuatro lineamientos de política nacional: envejecimiento saludable, empleo, previsión y seguridad social, participación e integración social; y, educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. ⁽⁵⁾

Con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los diferentes niveles del Estado y la sociedad civil. ⁽⁵⁾

2.1.2.4.3 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores

La presente norma que fue elaborada por el Ministerio de Salud el año 2006; con la finalidad de mejorar la atención integral que se brinda a este grupo de poblacional en los diferentes establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad. ⁽⁴⁾

2.1.2.4.4 Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores

El Ministerio de Salud presenta los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, con el objeto de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones

que puedan construirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, que conlleve a la configuración de un sistema moderno, eficaz y eficiente de los servicios de salud de nuestros adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable. ⁽¹¹⁾

El lineamiento N°7 del presente documento, “Impulsar investigaciones sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras a las de necesidades de salud de los adulto mayores”. Considera a la investigación como un proceso base para conocer la situación actual, identificar las necesidades y revisar el estado actual de las acciones de salud con el propósito de lograr la mejora continua de las intervenciones en la atención integral de salud de las personas adultas mayores. ⁽¹¹⁾

2.1.2.5 Rol de Enfermería en el cuidado del Adulto Mayor

Enfermería es “la ciencia del cuidado profesional” lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras. ⁽³⁶⁾

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su

cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que compila valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y cuidadores, así mismo la sensibilidad, el respeto y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua. ⁽¹²⁾

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. ⁽¹²⁾

2.1.2.5.1 Modelo De Enfermería Roper-Logan-Tierney: Formación De Competencias Para El Cuidado Del Adulto Mayor

El envejecimiento de la población es el fenómeno mundial de mayor trascendencia del siglo XXI. Ante esta situación, las políticas de salud emanadas de la Organización Mundial de la Salud, establece directrices para promover el envejecimiento saludable y mantener a la población adulta mayor activa y con autonomía; donde las estrategias para enfrentarlo incluyen la formación del personal de salud sensible a necesidades del adulto mayor y familia. El Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney se ha convertido en una propuesta efectiva, dentro de los modelos de enfermería, para la atención holística e integral del adulto mayor. ⁽⁹⁾

El envejecimiento se manifiesta por los cambios para realizar las actividades de vida que paulatinamente presentan las personas, quienes, si no están conscientes de que es un proceso normal, tienden a relacionar dichos cambios con la presencia de enfermedad,

que la medicina no resuelve o lo hace parcialmente, ya que el declive es progresivo y sin retroceso. De manera que la actitud positiva con adaptación a los cambios y auto valoración de capacidades residuales es la mejor forma de asumirlo. ⁽⁹⁾

El enfoque de atención a los adultos mayores debe ser de cuidado a sus necesidades básicas que se ven afectadas por el proceso de envejecimiento, lo cual es la esencia del cuidado de enfermería por lo que es imprescindible que desde la formación se incorpore el enfoque gerontológico que permite la mejor comprensión y desarrollo de la sensibilidad ante las necesidades de este grupo etario. ⁽⁹⁾

El modelo muestra cinco elementos y trece supuestos, ambos correlacionados; para la descripción de su fundamento:

➤ **1º. Etapa de Vida**

Los supuestos relacionados son: vivir puede ser descrita como una amalgama de actividades de vida, la manera cómo estas son emprendidas por cada persona contribuye a la individualidad, la misma que es valorada en todas las etapas de vida. Los cambios durante esta etapa, influyen también dentro de este supuesto. ⁽⁹⁾

➤ **2º. Factores que Influyen**

El supuesto relacionado es: el conocimiento, actitudes y conductas asociadas a las actividades de vida son influenciados por una variedad de factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. Para asegurar la valoración y el cuidado holístico al adulto mayor es necesario considerar la influencia de cada factor en cada una de

las actividades de vida, lo que permite evidenciar los riesgos relacionados con los cambios. ⁽⁹⁾

➤ **3º. Actividades de Vida**

El término actividades denota objetividad y por lo tanto, a diferencia de necesidades, son susceptibles de medición. Las 12 actividades representan el núcleo del modelo; y éstas son: mantenimiento de un ambiente seguro, comunicación, respiración, comida y bebida, eliminación, aseo personal y vestido, control de la temperatura del cuerpo, movilización, trabajo y juego, expresión de la sexualidad, sueño y muerte.

Los supuestos relacionados son: la manera en la cual una persona realiza las actividades de vida puede variar dentro de un rango normal para esa persona. La mayoría de las personas experimenta eventos significantes de vida que pueden afectar la manera en que realizan las actividades de vida, y puede conducir a problemas, actuales o potenciales. La valoración de las actividades de vida es relevante porque el adulto mayor presenta inicialmente cambios que pueden ser imperceptibles.

Este modelo incluye la actividad de vida muerte, tan importante por su proximidad en esta etapa final de la vida y por la necesidad oculta o manifiesta de cuidados. ⁽⁹⁾

➤ **4º. Continuum Dependencia-Independencia**

Los supuestos relacionados son: a lo largo de la vida hasta la edad adulta, la mayoría de las personas tienden a incrementar la independencia en las actividades y mientras la independencia en las actividades de vida es valorada, la dependencia no debería disminuir la dignidad de la persona.

A través de la valoración de las actividades de vida en cada uno de los factores, se identifica el nivel de dependencia-independencia, que al igual que la funcionalidad del adulto mayor presenta un equilibrio inestable; por lo que es necesario identificar cambios en el continuum que evidencian los riesgos que son la pauta para la intervención oportuna. ⁽⁹⁾

➤ **5° Cuidado Individualizado**

Los supuestos relacionados son: el concepto de problema potencial incorpora la promoción y mantenimiento de la salud, y prevención de la enfermedad e identifica el papel de la enfermera como promotora de la salud, aún en escenarios de enfermedad, dentro de un contexto de cuidado de la salud. Las enfermeras y usuarios entran en una relación profesional por la cual, cuando sea posible, el adulto mayor continua siendo un individuo autónomo en la toma de decisiones. ⁽⁹⁾

2.1.3 Identificación de la Variable

Autopercepción sobre cambios psicosociales: Valoración subjetiva e individual que los adultos mayores le atribuyen a los cambios psicológicos y sociales que vienen experimentando en la etapa de vida adultez mayor. El mismo que fue medido a través de un test cuyos valores finales son favorable, medianamente favorable y desfavorable.

2.1.4 Formulación de la Hipótesis de Investigación

- Hi: La autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores es favorable.
- Ho: La autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores es desfavorable.

2.1.5 Definición Operacional de Términos

- Autopercepción: Es la capacidad propia y exclusiva del ser humano de conocerse a sí mismo; comprender su estado afectivo, emocional y mental. También le permite reconocer las virtudes y defectos que posee.
- Cambios psicosociales: variaciones psicológicas y sociales susceptibles de autopercepción, correspondientes a la etapa de vida adultez mayor.
- Adulto mayor: Persona mujer/varón de 60 a 90 años de edad autovalente, que acude al Club de Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra - Villa San Luis.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 Tipo de la Investigación, Nivel y Método

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo, permite el análisis estadístico, de nivel aplicativo porque brinda información diagnóstica factible de ser usada por el personal de salud; de tipo descriptivo que muestra la autopercepción del adulto mayor sobre sus cambios psicosociales durante el envejecimiento y de corte transversal al delimitar el fenómeno en tiempo y espacio.

2.2.2 Descripción del Área de Estudio

El presente estudio de investigación se desarrolló en la Micro red Leonor Saavedra – Villa San Luis; la cual está conformada por dos Centros de Salud: C.S. Leonor Saavedra y C.S. Villa San Luis; así como de sus respectivos puestos destinados a la atención primaria. Ambos centros de salud corresponden al nivel I-3, centros de especialidad que no cuentan con internamiento; los cuales están ubicados en el distrito de San Juan de Miraflores (SJM). Estos establecimientos se fundaron alrededor de los años cincuenta, durante el periodo expansión poblacional del distrito de SJM; y en respuesta a la necesidad de contar con ambientes destinados para la atención básica de salud.

Actualmente ambos centros cuentan con ambientes destinados al funcionamiento de sus clubes del adulto mayor; los cuales desempeñan actividades que favorecen el desarrollo integral de la persona en esta etapa de vida.

En el club del adulto mayor del C.S. Villa San Luis y del C.S. Leonor Saavedra “Los años maravillosos”; el adulto mayor es partícipe de actividades como: talleres de memoria, talleres musicales, talleres de danza, manualidades, celebración de fechas festivas, paseos, concursos, además de socializar con sus pares, entre otros.

Hasta la fecha se cuenta con aproximadamente con 25 socios en cada club; aunque la asistencia se da de manera indistinta. Además se estableció los días viernes en los horarios de 3 a 5 de la tarde; como fechas para darse cita en estos ambientes y compartir momentos amenos.

2.2.3 Población

La población estuvo conformada por los socios del Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis; el cual consta de dos centros de salud: C.S. Leonor Saavedra y el C.S. Villa San Luis, cada uno con su respectivo Club del Adulto Mayor. En conjunto suman aproximadamente 50 adultos mayores asociados.

2.2.4 Muestra. Muestreo

La muestra estuvo conformada por 43 adultos mayores que asistieron al Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra-Villa San Luis en el distrito de San Juan de Miraflores, durante los meses de octubre – noviembre del año 2017.

Por tratarse de una población reducida, se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia; en concordancia con los criterios de inclusión y de exclusión.

2.2.5 Criterios de Inclusión

- Personas adultas mayores cuyas edades estén comprendidas entre 60 y 90 años.
- Personas adultas mayores que acepten participar voluntariamente en el estudio de investigación (firmen el consentimiento informado).

2.2.6 Criterios de Exclusión

- Personas adultas mayores que se nieguen a participar en el estudio de investigación.

2.2.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica empleada para el recojo de datos fue la entrevista, puesto que se necesitó de un método que asegure el esclarecimiento de opinión del adulto mayor. Ya que es sabido que consecuente a su declive cognitivo característico, podría no reflejarse su verdadera consideración.

El instrumento utilizado fue un cuestionario tipo Escala de Likert modificada, conformada por 15 enunciados, cada uno con 3 opciones de respuesta: De acuerdo, indeciso y en desacuerdo. Además se utilizó caritas representantes a cada opción para facilitar al adulto mayor la mejor comprensión y elección de las diferentes alternativas.

2.2.8 Validez y Confiabilidad

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 7 profesionales, entre docentes del área de Enfermería en Salud del Adulto y Adulto Mayor de la UNMSM y docentes del área de Investigación de la UNMSM, así como un psicólogo de profesión y en ejercicio.

Tras la obtención de los calificativos se utilizó la prueba binomial para medir el grado de concordancia entre la opinión de los expertos; el cual evidenció resultados menores a 0.05, por lo tanto la concordancia es significativa. (Anexo D)

Para la confiabilidad estadística del instrumento se empleó el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Crombach en la prueba piloto; donde el resultado del análisis fue 0.6, por lo cual se considera un instrumento confiable. (Anexo F)

2.2.9 Plan de Recolección y Análisis Estadístico de los Datos

Para el proceso de recolección de datos se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la directora de la Microred Leonor Saavedra-Villa San Luis; así mismo se efectuó el monitoreo del trámite hasta obtener la aprobación, autorización y coordinación para la aplicación del instrumento.

El recojo de datos se realizó en las áreas designadas al desarrollo de actividades del Club del Adulto Mayor, en los dos centros de salud, Leonor Saavedra y Villa San Luis, pertenecientes a la Microred LS-VSL. El tiempo estimado para la aplicación del

instrumento fue de 20 minutos en promedio para cada participante, y se realizó previa firma del consentimiento informado. El total de entrevistas se culminó en el periodo de cinco semanas; y con la colaboración de dos personas previamente capacitadas.

El procesamiento de datos se realizó de forma manual, mediante la codificación y obtención de los puntajes; posteriormente se pasaron los datos a diferentes matrices elaboradas en el programa Excel.

Para la presentación de los hallazgos se realizaron cuadros estadísticos, utilizándose tablas y gráficos que sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información.

Para el análisis e interpretación de los datos se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos del procesamiento de datos. Los resultados en mención, fueron contrastados con los antecedentes y la base teórica revisada, además se consultó bibliografía adicional, frente a la búsqueda de explicación ante resultados poco esperados. Por medio de lo anterior se pudieron encontrar coincidencias y/o discrepancias; lo cual permitió concluir en la respuesta a la interrogante inicial.

2.2.10 Consideraciones Éticas

En el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta los principios éticos, así el principio de Autonomía al dejar que el adulto mayor decida libremente su participación o no en el estudio; el principio de No maleficencia, puesto que no se permitió algún daño en los adultos mayores producto de su colaboración en el estudio. Para asegurar todo lo mencionado, se tomaron en cuenta los aspectos de anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos.

En cumplimiento con ello, se entregaron el consentimiento informado a cada adulto mayor, explicándole todo lo relacionado al estudio de investigación y resolviendo las dudas que surgieran; finalmente se procedió con el registro de sus firmas y/o huellas dactilares que autorizaron su libre y voluntaria participación. (Anexo C)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan guardan relación con los objetivos planteados; puesto que se ha investigado cuál es la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis, en relación a las consideraciones individuales de los participantes. Para lo cual se empleó la escala de medición sumatoria Likert en la categorización del valor final de la variable; siendo los resultados clasificados como favorables, medianamente favorables o desfavorables.

Entonces, luego de realizar la recolección de datos se procedió a procesar la información y a elaborar gráficos para su mejor presentación y comprensión; gracias a ello se pudo efectuar el análisis e interpretación pertinente.

3.1.1 Datos Generales

En relación a las características generales de la población sujeto de estudio se obtuvo lo siguiente: de los 43 (100%) adultos mayores encuestados, según la edad; 20 (46.51%) tienen edades comprendidas entre 70 – 79 años, 17 (39.53%) entre 60 – 69 años y 6 (13.96%) se encuentran dentro del rango de 80 y 90 años de edad.

Respecto al género; 38 (88.37%) son de sexo femenino, mientras que 5 (11.63%) representan al sexo masculino.

Así mismo 23 (53.49%) tienen grado de instrucción nivel primario, seguido de 11 (25.58%) sin grado de instrucción alguno o analfabetos; mientras que solo la minoría representada por 6 (13.95%) y 3 (6.98%) tienen nivel secundario y superior/técnico, respectivamente.

En cuanto al estado civil; 16 (37.21%) son casados, mientras que 14 (32.56%), 11 (25.58%) y 2 (4.65%) son viudos(as), solteros(as) y divorciados/separados(as), respectivamente.

Por último; en lo concerniente a las personas con quienes vive; 27 (62.79%) viven con su pareja, hijos y nietos, en conjunto, o al menos con dos de estos. Mientras que 13 (30.23%) adultos mayores viven con la pareja o con sus hijos u otro familiar; y 3 (6.98%) viven absolutamente solos.

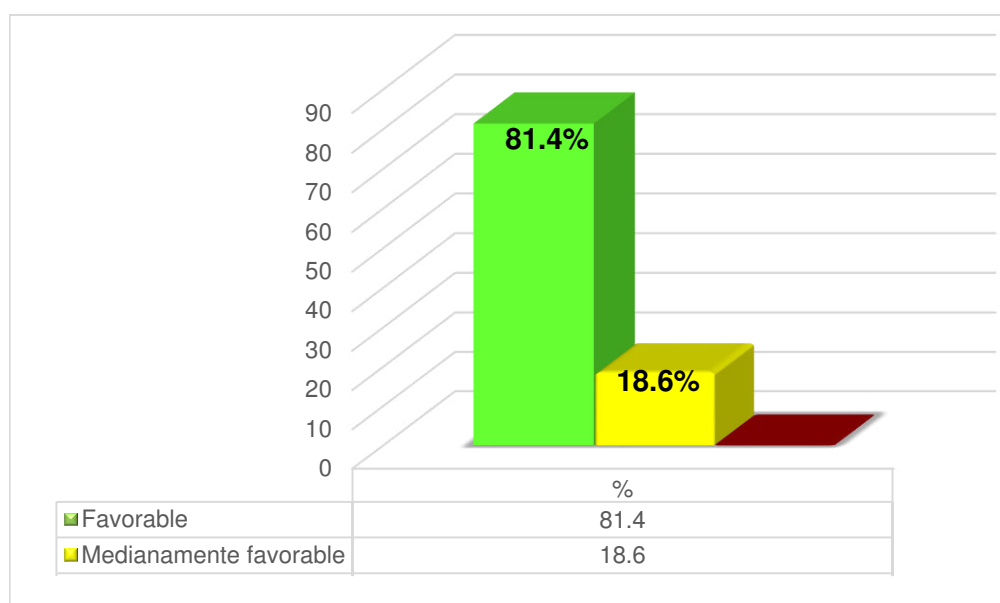
3.1.2 Datos Específicos

3.1.2.1 Autopercepción sobre los Cambios Psicosociales que tienen los Adultos Mayores

GRÁFICO N° 1

Autopercepción sobre los Cambios Psicosociales en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis.

Lima – 2017



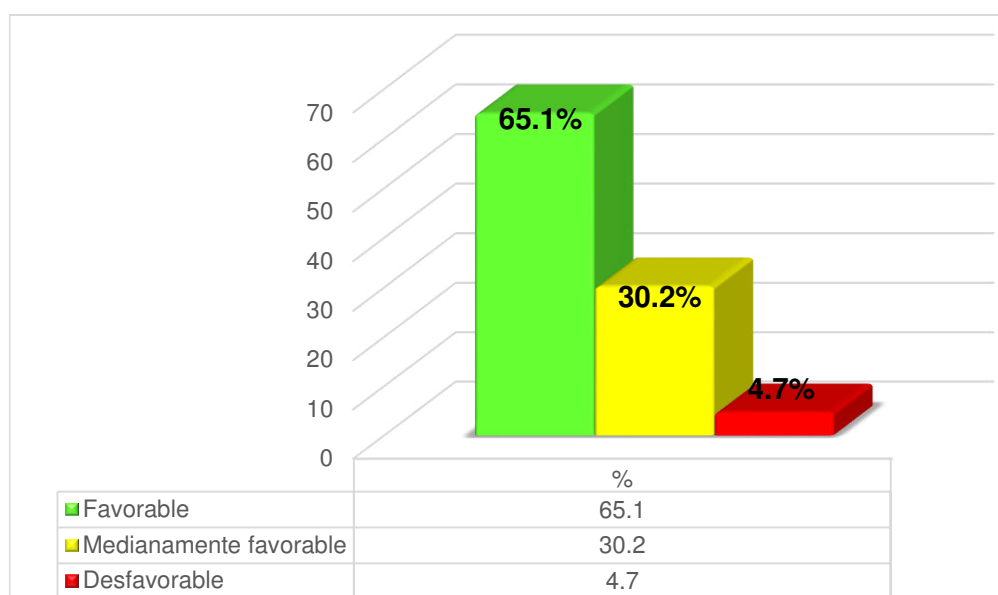
En el gráfico N° 1 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43(100%); 35(81.4%) tienen una autopercepción favorable sobre los cambios psicosociales, y 8(18.6%) tienen una autopercepción medianamente favorable.

3.1.2.2 Autopercepción sobre los Cambios Psicológicos que tienen los Adultos Mayores

GRÁFICO N° 2

Autopercepción sobre los Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis.

Lima – 2017



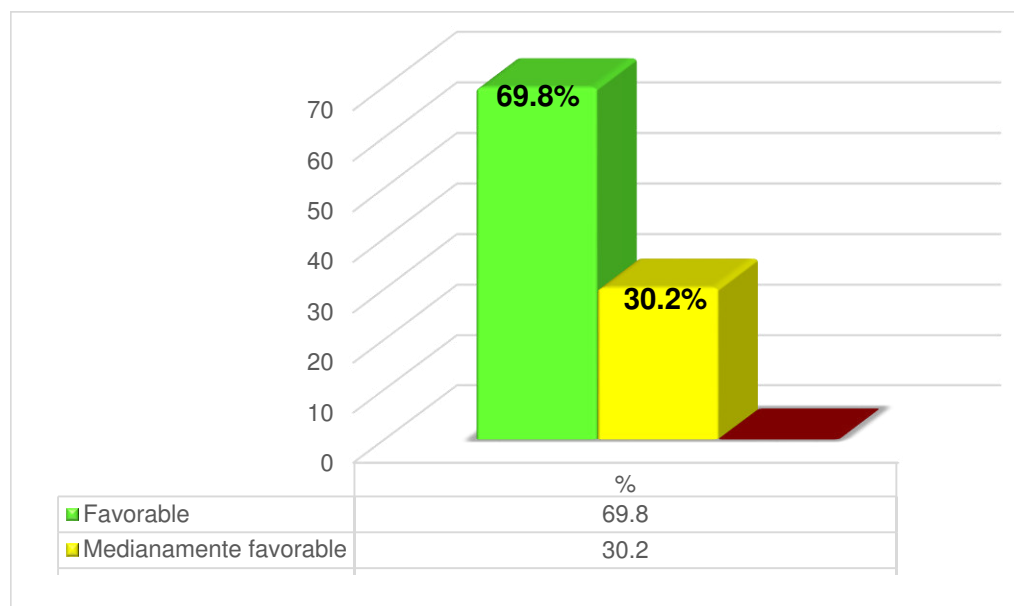
En el gráfico N° 2 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43(100%); 28(65.1%) tienen una autopercepción favorable sobre los cambios psicológicos; 13(30.2%) autopercepción medianamente favorable, y 2(4.7%) una autopercepción desfavorable.

3.1.2.3 Autopercepción sobre los Cambios Sociales que tienen los Adultos Mayores

GRÁFICO N° 3

Autopercepción sobre los Cambios Sociales en el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la Microred Leonor Saavedra – Villa San Luis.

Lima – 2017



En el gráfico N° 3 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43(100%); 30(69.8%) tienen una autopercepción favorable sobre los cambios sociales, y 13(30.2%) una autopercepción medianamente favorable.

3.2 DISCUSIÓN

El envejecimiento es un proceso que se da de manera continua, dinámica y gradual; desde el nacimiento hasta el final de los días. El tránsito de este fenómeno involucra una serie de situaciones, experiencias y cambios que se tienen de forma acentuada durante las últimas etapas de vida; así el envejecimiento involucra la disfunción de múltiples sistemas. ⁽³⁶⁾

Cabe mencionar que estos cambios experimentados de forma natural se dan paulatinamente hasta llegar a la vejez, logrando una mejor adaptación. Sin embargo su intensificación y concordancia en las diversas dimensiones, las hacen más susceptibles de percepción durante la adultez mayor.

Philipp, L. sostiene que los seres humanos son los únicos capaces de percibirse a sí mismos, capaces de tener una autoimagen y comprender su estado afectivo, emocional y mental; y que la sociedad tiene cierta influencia al momento en que la persona intenta captarse a sí mismo, lo cual desvirtúa la original autopercepción. ⁽⁸⁾

Postura que es afianzada por García, F. quien en su estudio documental “Autopercepción de Salud y Envejecimiento” identificó que es de vital importancia conocer la percepción de los adultos mayores sobre su propia realidad, y en especial de sus carencias y necesidades.

Por su parte Cerquera, A. y col. en su investigación “Autopercepción de la salud del adulto mayor”, señalan que la autopercepción es una variable muy fluctuante y a la vez llena de información sobre el mundo

subjetivo de la persona. Por ello el estudio de esta variable es útil al momento de predecir las necesidades que a los adultos mayores les interesan.⁽¹⁶⁾

Ante ello en el presente trabajo de investigación respecto a la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores, se encontró que la gran mayoría 81.4% (35) de los participantes tienen una autopercepción favorable (Gráfico N°1). Estos resultados tienen concordancia con lo hallado por Palacio, L. en su estudio "Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia)" quien identificó el sentir de los mayores bajo las siguientes expresiones: "Los participantes no se consideran viejos(as)" y "Se sienten bien porque todo el tiempo fueron activos". Las semejanzas halladas en ambos casos; podrían deberse a que ambos estudios fueron realizados con poblaciones de adultos mayores, quienes pertenecían o asistían a centros dedicados a la atención exclusiva de este grupo etario, donde podían realizar una serie de actividades que los hiciera sentirse útiles e interrelacionarse con sus pares, favoreciendo así una mejor adaptación, asimilación y manejo frente a los cambios experimentados durante este periodo.

Por otra parte; Vilca, A. en su investigación "Percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento" halló un total de 83.8% de encuestados con una percepción medianamente favorable a favorable sobre su proceso de envejecimiento en las dimensiones psicológica y social.⁽¹⁸⁾

Lo cual permitió evidenciar similitud en las percepciones de dos poblaciones que se encuentran en etapas de vida diferentes, pero continuas; ello podría estar relacionado a que en ambas situaciones

la persona tiene la necesidad de trascender. Así, mientras que el adulto maduro goza de capacidad plena en sus funciones cognitivas y artísticas; su amor propio no le permite ver obstáculos ante su autorrealización; pues aun no experimenta plenamente los cambios ocurridos en la adultez mayor, así que la percibe de manera positiva. Por otra parte el adulto mayor ha ido asimilando y aceptando que se encuentra en una fase de retroceso donde los cambios tan marcados le generan la necesidad de velar por él mismo y sentirse autosuficiente.

Esta realidad pone en evidencia que mientras el adulto maduro no vivencia la vejez como tal; el adulto mayor se ha adaptado y fomentado su independencia. Situaciones contrarias pero que recaen en un mismo resultado, percibir de manera positiva los cambios en la adultez mayor.

Ciertamente existen diferencias entre jóvenes y mayores; así los cambios ocurridos en la dimensión psicológica durante la adultez mayor son manifestados en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades; y la psicoafectiva, que incide en la personalidad y el afecto. ⁽³⁶⁾

En el presente estudio se consideraron los cambios en la dimensión psicológica, representados por las capacidades cognitivas como la memoria, la atención y el lenguaje; y las modificaciones en la afectividad emocional. Los resultados evidencian que el 65.12% (28) de los adultos mayores tienen una autopercepción favorable en la dimensión psicológica, 30.23% (13) medianamente favorable y 4.65% (2) autopercepción desfavorable (Gráfico N° 2).

Román, F. hace mención a diversos estudios respecto a los cambios de la memoria durante el envejecimiento; los cuales señalan asociación entre diversas causas, tales como dificultades en la recuperación de la información almacenada y/o codificación, familiaridad con el material presentado y velocidad de procesamiento, entre lo no patológico. ⁽³⁷⁾

También afirma que los ancianos recuerdan mejor los sucesos lejanos a diferencia de los más recientes; debido a que comúnmente los eventos remotos se encuentran cargados de mayor valencia emocional que los sucesos cotidianos; así mismo estos sucesos remotos son seleccionados voluntariamente y no por un evaluador; y finalmente, estos hechos no son recuperados desde hace muchos años, sino desde la última vez que fueron evocados o repasados. ⁽²²⁾

Así la investigación reafirma esta teoría; puesto que la gran mayoría 88.37% ⁽³⁸⁾ de los adultos mayores son capaces de recordar vivencias de interés personal, además que el 81.39% ⁽³⁵⁾ recuerdan con facilidad acontecimientos de su juventud. Ello podría deberse a que un gran grupo de adultos mayores viven dentro de familias compuestas primordialmente por hijos, nietos y en algunos casos aun por la pareja (Anexo LL); donde las experiencias, vivencias agradables y problemas enfrentados como familia en el pasado, calarían actualmente en lo más profundo de su sentir, dotándolos así de mayor carga emocional y ligereza para su evocación.

Por otra parte; Sánchez, I. explica que en los adultos mayores el proceso de atención esta disminuido, especialmente la atención sostenida o mantenida a voluntad propia, debido a que durante la vejez se incrementa la sensibilidad para percibir otros estímulos, los cuales actuarían como distractores. Sin embargo resulta importante

señalar que las alteraciones están íntimamente relacionadas con la motivación que despierte la tarea. ⁽²¹⁾

Ante ello; el presente estudio de investigación señala que el 86.05% (37) de los adultos mayores, están de acuerdo en prestar mayor atención cuando realizan actividades que les gusta, dato que corresponde a lo establecido en la literatura. Así, la enfermera en su función educadora y en busca de captar el mayor interés de la población senil; podría emplear nuevas estrategias para tal cometido. Por lo tanto, resultaría importante ahondar en el tipo de actividades que favorezcan la atención de esta población.

Por otro lado podemos señalar que una cantidad considerable 34.88% (15) de los encuestados refirieron sentirse incómodos respecto a los cambios acontecidos en cuanto al lenguaje; ya que por lo general suelen olvidar los nombres de algunas palabras. En este caso, se ve reflejado lo afirmado por Saá, N. que explica que el deterioro del lenguaje asociado a la edad afecta tanto al léxico como a la sintaxis. Evidenciándose en el estudio, que existe problemas en cuanto al léxico; tratándose de un problema de ejecución más que de competencia, puesto que el adulto mayor ha incrementado su vocabulario; sin embargo a esta edad se acentúa el llamado fenómeno “en la punta de la lengua”, lo cual no le permite hacer explícito aquello que desea expresar. ⁽²³⁾

Resultados que podrían verse afectados por la baja escolaridad de los adultos mayores, entre los cuales prevalece el nivel primario y analfabeto con un 79.07% de los encuestados (Anexo K), lo que condicionaría la poca adquisición de conocimientos y limitaría tener un vocabulario más amplio para expresarse.

Respecto a la afectividad emocional; Iacub, R. enfatiza que los adultos mayores regulan mejor sus emociones, experimentando estados negativos menos duraderos a diferencia de los adultos jóvenes. Es por ello que son más proactivos en buscar ambientes sociales que les permitan evitar efectos negativos o conflictos. ⁽²⁴⁾

A diferencia del declive asociado primordialmente al aspecto físico y cognitivo durante la adultez mayor; el presente estudio de investigación muestra también resultados que evidencian desarrollo en cuanto al estado afectivo. Puesto que se identificó a la mayoría 79.07% (34) de los adultos mayores con un mejor manejo de sus emociones a diferencia de cuando fueron jóvenes. Sin embargo, una cantidad considerable 27.91% (11) de los encuestados aceptaron tener dificultad para entablar adecuadas relaciones interpersonales por la predisposición a enojarse con facilidad (Anexo M), aspectos que concordarían con la literatura “los estados de ánimo que acompañan algunas emociones – euforia, regocijo, miedo, ira o vergüenza, no se alteran con el tiempo”. ⁽²⁴⁾

A partir de estas consideraciones podríamos señalar que pese a que el adulto mayor obtiene la ventaja de estabilizar sus emociones, ello no resultaría suficiente para asegurar el establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales; puesto que los estados de ánimo presentes en las emociones no van a modificarse con la edad. Ante ello la enfermera dentro de su papel educador; tendría un amplio campo en cuanto al reforzamiento del manejo y canalización de emociones. Empleando técnicas participativas, donde el adulto mayor tenga la oportunidad de simular diversas situaciones que le generen todo tipo de emociones y faciliten la obtención de estrategias para enfrentar situaciones de la vida cotidiana. Puesto que resulta

importante favorecer la ampliación de su red social, lo cual será comentado más adelante.

Para Castañedo, C. los cambios sociales experimentados durante la adultez mayor, afectan tanto el aspecto individual de la persona como el de su entorno; es decir la familia y comunidad. ⁽³⁴⁾ Siendo el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación, la inclusión e interacción social algunas actividades que impactan su vida. ⁽²⁰⁾

En el presente estudio de investigación; los cambios en la dimensión social muestran que el 69.8% (30) de adultos mayores tienen una autopercepción favorable y el 30.2% (13) medianamente favorable (Gráfico N° 3).

Hernández, G. señala que la familia sigue siendo considerada la célula básica de la sociedad y la institución más sólida; donde los conceptos de amor, autoridad, respeto, solidaridad y ayuda mutua se reflejan en los comportamientos y actitudes de sus integrantes. Siendo la adultez mayor una etapa de vida que por sus necesidades e intereses requiere el resguardo incondicional de la familia; como primera red de apoyo social. ⁽²⁸⁾

Así, en la investigación se obtuvo como resultado que un grupo considerable 32.26% (14) de los adultos mayores afirman que sus problemas no forman parte del interés de sus familiares y un 39.53% (17) piensa que su opinión no es relevante en la toma de decisiones en su hogar (Anexo N). Lo cual concuerda con Gonzales, M. en su estudio "Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores", quien identificó que la escasa preocupación y poco apoyo familiar es una de las causas prevalentes en los problemas

psicosociales de esta población. ⁽¹⁷⁾ Eventos que podrían deberse a la dinámica actual de la familia, donde la influencia de la modernidad y la tecnología pareciera hacernos valorar lo inédito, lo joven; abriendo una brecha cada vez más grande entre el adulto mayor y las nuevas generaciones. Así mismo el dejar de lado funciones tan básicas e importantes dentro de la familia como es el amor, respeto, consideración, reconocimiento, entre otros pondría en riesgo su propio sentido.

Por su parte Vera, M. en su investigación “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia” señala que una de las principales necesidades para el adulto mayor es el afecto; buscando ser protegido por la familia con dignidad, amor y respeto. ⁽¹⁹⁾ Por ello resulta relevante que la enfermera promueva mayores espacios en los que se favorezca una interacción del adulto mayor con las generaciones jóvenes representadas por los hijos y nietos; favoreciendo la integración, compañía, atención y comprensión mutua. Evitando que la practicidad del mundo actual absorba el sentido original de la familia, es decir fortaleciendo el concepto de familia como una unidad y no solo como la suma de sus partes.

Del mismo modo se recomienda realizar otros estudios que permitan conocer en mayor profundidad la relación que mantiene el adulto mayor con miembros más jóvenes de su familia, y la apreciación de ambas poblaciones al respecto.

Esta investigación muestra también controversia en los resultados correspondientes al tema de la muerte; mientras que por un lado la gran mayoría 90.69% (39) de los encuestados tienen mejor

aceptación ante la partida de la pareja; una cantidad considerable 32.56% (14) expresa angustia ante su propio proceso de fallecimiento. (Anexo N)

Al respecto Pérez, M. afirma que la experiencia de pérdida es muy variable; está condicionada a la etapa del ciclo de vida de la persona que lo enfrenta y a la carga emocional. Siendo por lo general las personas adultas mayores quienes atraviesan una experiencia totalmente negativa ante el desenlace del mencionado evento. ⁽³³⁾

Los resultados del estudio podrían deberse a que el 62.9% de los encuestados pertenecen al grupo de viudos, solteros y divorciados (Anexo L); de los cuales, mientras que algunos ya atravesaron la experiencia de perder a su conyugue, otros no se sentirían afectados por no vivir con la pareja o no haberla tenido.

Sobre el mismo tema Erickson, E. señala que los logros en la última etapa de vida son adquirir la aceptación del ciclo vital y de la muerte; donde su no consecución generara temor a morir, desesperanza, negación, rebeldía, malestar y desesperación. También refiere que la última tarea de la vida es aceptar la muerte, pero con una actitud positiva, reconociéndola como un merecido descanso.

Por lo que tales resultados causan preocupación; permitiendo a enfermería visualizar espacios donde se trabajen con el adulto mayor y la aceptación paulatina de su proceso de muerte. Favoreciendo el cumplimiento de metas y deseos que planea realizar, con el fin de contribuir a una complacida partida.

La investigación muestra que una cantidad considerable 37.21% (16) de los adultos mayores refiere no sentirse apreciado por sus amigos

y vecinos; sin embargo una gran mayoría 95.35% (41) cree que sus conocimientos y experiencias son útiles para la sociedad. (Anexo N).

Referido a ello la OMS hace énfasis en la potenciación de un “mundo para todos”; en el cual se atiendan las opiniones y necesidades desde los más pequeños hasta los mayores. Teniendo la firme convicción que el aprendizaje es constante y es dado de manera bilateral, donde ambas partes obtendrán beneficios. Entonces como objetivo de enfermería quedaría contribuir en el fomento hacia la valoración de las experiencias y enseñanzas de los mayores. Del mismo modo fomentar el conocimiento y familiaridad del adulto mayor con la tecnología, para favorecer su comodidad y sentido de pertenencia, así como elevar su autoestima al brindarle las armas necesarias para enfrentar las situaciones de los tiempos actuales.

Ballesteros, V. refiere que la independencia del adulto mayor está influenciada por la capacidad de éste para realizar actividades de la vida diaria, es decir mantener su independencia. Sin embargo con el paso del tiempo y el proceso degenerativo natural o patológico es común que se deba brindar apoyo para que los mayores puedan satisfacer sus necesidades. ⁽²⁹⁾

Acorde a ello la presente investigación muestra que la mayoría 69.77% (30) de los encuestados (Anexo N), aceptarían los cambios y disfunciones que van experimentando durante esta etapa de vida, de modo que el desarrollar actividades de forma independiente no excluye que pueden necesitar ayuda para realizar otras de mayor complejidad. Ello podría deberse a que la gran mayoría 86.04% de los participantes se encuentran en las primeras etapas de la adultez

mayor (Anexo J) donde los cambios físicos y psíquicos no representan de forma drástica una autolimitación de sus funciones.

Otro punto a tratar es el tema de la jubilación; donde Castanedo, C. señala que este proceso de pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de capacidad adquisitiva e incluso, en muchos casos, de contactos sociales y aumento del tiempo libre; trae consigo repercusiones sobre la salud del adulto mayor afectando de forma importante la capacidad de establecer relaciones interpersonales adecuadas. ⁽³⁴⁾

A demás Rosales, Reinalda; García, Reina y col. en el estudio “Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor”, señala que es probable que los adultos mayores vivan la etapa de jubilación y retiro como una etapa de pérdida y minusvalía, una especie de marginación social; y que resulta fácil que se sientan como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan para él. ⁽¹⁴⁾

Considerando ello podemos observar que la presente investigación muestra discrepancias con lo señalado; puesto que se hallaron resultados favorables; así la gran mayoría 90.7% (39) de los encuestados (Anexo N) aceptan sentirse capaz de realizar otras actividades después de la jubilación. Potenciando de este modo la independencia, el sentido de autosuficiencia y satisfacción con uno mismo respecto al estado general que involucra llegar a la etapa de adultez mayor.

Sin embargo, cabe señalar la importancia del papel de la enfermera en cuando a la atención del desarrollo, soltura y facilidad para que

los adultos mayores puedan crear redes de apoyo, relacionarse con sus pares y fortalecer su autoestima por medio del reconocimiento de su autonomía. Para lo cual se hace necesario que los espacios brindados al encuentro de ellos sean agradables y ofrezcan una variedad de actividades posibles a desarrollar en conjunto y acorde a sus capacidades.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de adultos mayores tienen una autopercepción favorable sobre los cambios psicosociales experimentados durante esta etapa de vida; aceptándose así la hipótesis de investigación. Además son mejor aceptados los cambios en la dimensión social en comparación con la dimensión psicológica.
- El mayor porcentaje de adultos mayores tienen una autopercepción favorable sobre los cambios psicológicos experimentados en la adultez mayor. Puesto que les resulta más fácil recordar experiencias vividas durante su juventud, sobre todo aquellas significativas; y concentrar su atención cuando realizan actividades de su agrado. Sin embargo en cuando al lenguaje, les incomoda olvidar el nombre de algunos objetos; así como en ciertas ocasiones sienten que el no poder controlar adecuadamente sus emociones les dificulta entablar adecuadas relaciones interpersonales.
- El mayor porcentaje de adultos mayores tienen una autopercepción favorable sobre los cambios sociales experimentados durante esta etapa de vida, debido a que asimilan mejor las modificaciones a nivel individual y social. Así en lo individual, el adulto mayor se siente independiente al realizar

sin ayuda actividades de la vida diaria, sin embargo acepta que es normal que necesite ayuda para ciertas tareas; del mismo modo considera que la muerte de un ser querido debe ser aceptado y continuar adelante con su vida, más su propia muerte resultaría intimidante pero a la vez un merecido descanso. En el aspecto social afirman poder seguir siendo activos después de la jubilación; consideran que la sociedad los necesita por sus conocimientos y experiencias. De manera contraria, a nivel familiar, consideran que sus problemas y opinión personal no forman parte esencial del interés de su parentela.

4.2 RECOMENDACIONES

- Implementar espacios que favorezcan la interacción del adulto mayor con sus pares; formando redes de apoyo que contribuyan al afrontamiento de las vicisitudes en esta etapa de vida. Además puedan establecer relaciones interpersonales en las que se fortalezca la comunicación, compañía y comprensión, que algunos casos no consiguen en su hogar.
- Fomentar la creación de espacios donde se le permita al adulto mayor una asimilación paulatina de su proceso de envejecimiento; y oriente la aceptación de su muerte, favoreciendo la realización de planes y deseos pendientes.
- Realizar estudios de investigación sobre las características de la relación entre el adulto mayor y miembros más jóvenes de su familia, así como la apreciación de ambas partes al respecto.

- Realizar estudios de tipo cualitativos que permitan visualizar a través de testimonios la valoración subjetiva de los adultos mayores sobre sus cambios durante esta etapa de vida y brinde información fidedigna al conocimiento de sus deseos y necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Forjemos el futuro. Informe sobre la Salud en el Mundo. [Online].; 2003 [cited 2016 enero. Available from: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
2. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento y ciclo de vida. Impact of HIV/AIDS on older people in Africa. Geneva Publications on active ageing. [Online].; 2003 [cited 2017 enero. Available from: http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA. Situación de la Población Adulta Mayor. [Online].; 2017 [cited 2017 setiembre. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf.
4. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Online].; 2006 [cited 2017 mayo. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf.
5. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Plan Nacional para las personas Adultas y Adultas Mayores. [Online].; 2013 [cited 2017 mayo. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf.
6. BARRAZA A, CASTILLO M. El Envejecimiento - Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria, y Promoción: La Serena; 2006.
7. PALACIO L, RÍOS A, col. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla. Colombia. [Online].; 2010 [cited 2015 mayo. Available from:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/749>.

8. PHILIPP L. Autopercepción. 2010
9. ROSA M, AGUILAR A, FELIX L. Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney: Estrategia para la Formación en Competencias. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. Universidad Autónoma de Tamaulipas. México. [Online]. [cited 2017 julio. Available from: http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/externos/sesion4/S4-MCS01.pdf.
10. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Nacional de Población. [Online].; 2016 [cited 2017 julio. Available from: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf.
11. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Online].; 2005 [cited 2015 junio. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf.
12. LANGE I, REYES A. Formación de los estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. Libro de resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica ESPAÑA; 2000.
13. GARCIA F. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. Ciencia e Innovación en Salud. Colombia. 2013 junio; 1(69-77).
14. ROSALES R. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. Scielo. Cuba. 2014; 18(1).
15. LLANES H, LOPEZ Y, col. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Cuba. Revista de Ciencias Medicas. 2015; 21(1).

16. CERQUERA A, OMAIRA L, col. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. Colombia. 2010 setiembre-diciembre;(31).
17. GONZALES. Problemas psicosociales y estrategias de afrontamiento en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor "Rímac" ESSALUD. 2010.
18. VILCA. Percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento. Centro de Salud José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo. 2010.
19. VERA M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. 2007.
20. COLOM J. Vejez, representación social y roles de género. Universitat de les Illes Balears. 1999; 12.
21. SANCHEZ I, PEREZ V. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Centro Comunitario de Salud Mental. Cuba. 2008.
22. BLASCO J. Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. Departamento de psicología evolutiva y de la educación facultad de psicología Unlversitat de Valencia. España. 2006; 22(5).
23. SAÁ N. Lenguaje y Envejecimiento. Departamento de Neurología - Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2010.
24. IACUB R. Las emociones en el curso de la vida. Revista Temática Kairós. Brazil. 2013; 16(4).
25. MARTÍNEZ L, VILLAREAL E. Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. México. 2008.
26. SANTAMARÍA L. La muerte en el anciano; 2008.
27. MAILEN L. El entorno familiar del adulto mayor. [Online].; Larousse Editorial. 2007. Available

from:http://www.derechoycambiosocial.com/revista025/desproteccion_legal_del_adulto_mayor.pdf.

28. HERNÁNDEZ G. Familia y Ancianos. Revista de Educación. 2001;(325).
29. BALLESTEROS V. Para vivir una vejez con dignidad e independencia. Verano. 2012;(2).
30. NAVARRO E, GONZALES M. Nivel de Independencia en la Vida Diaria y Plasticidad Cognitiva en la Vejez. España. [Online].; 2008 [cited 2017. Available from: http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol2_1/escritospsicologia_v2_1_7nivel.pdf.
31. VARGAS P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Educación. Costa Rica. 2001; 25(2).
32. FUNDACIÓN VÍCTOR GRÍFOLS y LUCAS. Autonomía y dependencia en la vejez. [Online].; España. Available from: <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/cuaderno16.pdf>.
33. PÉREZ M. El duelo en el anciano; 2010.
34. CASTANEDO C, SARAIVIA C. Enfermería en el Envejecimiento.
35. PERUANO E. Normas Legales. 2016 julio: p. disponible en: <http://bit.ly/29WseuM>.
36. GUTIERREZ L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Universidad Autónoma del Estado de México. 1999; 5(19).
37. ROMÁN LAPUENTE. Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. Anales de Psicología. 1998; vol. 14(núm. 1, pp. 27-43).

38. MINISTERIO DE SALUD. LEY N° 28803 LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORE. [Online]. [cited 2017. Available from: [Shttp://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf).

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁG.
A	Matriz de operacionalización de la variable	I
B	Matriz de consistencia del instrumento	II
C	Instrumento de recolección de datos	VI
D	Grado de concordancia entre jueces expertos según prueba binomial	XI
E	Matriz de la prueba piloto	XII
F	Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach	XIII
G	Matriz general de la muestra	XIV
H	Categorización de la variable Escala de medición Likert	XVI
I	Adultos mayores distribuidos según edad	XIX
J	Adultos mayores distribuidos según sexo	XX
K	Adultos mayores distribuidos según grado de instrucción	XXI
L	Adultos mayores distribuidos según estado civil	XXII
LL	Adultos mayores distribuidos según las personas con quienes vive en casa	XXIII
M	Tabla de frecuencia para los cambios psicológicos en el adulto mayor	XXIV
N	Tabla de frecuencia para los cambios sociales en el adulto mayor	XXVI

ANEXO A
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Autopercepción sobre cambios psicosociales	<p>➤ AUTOPERCEPCIÓN Es la capacidad propia y exclusiva del ser humano de conocerse a sí mismo; comprender su estado afectivo, emocional y mental. También le permite reconocer las virtudes y defectos que posee. Es un proceso subjetivo que puede tener discrepancia con la realidad, al concebir algún concepto desvinculado con la realidad. Puesto que la autopercepción está estrechamente influenciada por las exigencias psicosociales. La relevancia de este proceso dependerá de la sincera autopercepción para permitir la identificación de las necesidades de la persona.</p> <p>➤ CAMBIOS PSICOSOCIALES Se refiere a los cambios producidos por el desarrollo de los procesos psicológicos desde los más elementales hasta los más complejos; así mismo los cambios por el desarrollo social en cuanto a la vida afectiva y emocional, las relaciones interpersonales y el papel que desempeña en la sociedad.</p>	Cambios Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención ➤ Memoria ➤ Lenguaje ➤ Afectividad Emocional 	Favorables Medianamente favorables Desfavorables	Valoración subjetiva e individual que los adultos mayores le atribuyen a los cambios psicológicos y sociales que experimentan durante la adultez mayor. El mismo que será medido a través de un test cuyos valores finales serán favorables, medianamente favorables y desfavorables.
		Cambios Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rol Individual <ul style="list-style-type: none"> • El adulto mayor como individuo <ul style="list-style-type: none"> - La muerte • El adulto mayor como integrante de un grupo Familiar <ul style="list-style-type: none"> - Convivencia con hijos y nietos. - Adulto mayor independiente. • El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas. <ul style="list-style-type: none"> - De capacidades - Afectivas: conyugue. ➤ Rol Social <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de rol laboral <ul style="list-style-type: none"> - Jubilación • Cambio de rol en la comunidad <ul style="list-style-type: none"> - La actividad laboral-comunitarias 		

ANEXO B
MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS: positivos (+) y negativos (-)	
Autopercepción sobre los cambios psicosociales del adulto mayor.	Cambios Psicológicos	Atención	+	Es fácil concentrarme cuando realizo alguna actividad que me gusta.
			-	Me distraigo fácilmente a pesar de realizar actividades que me gustan.
		Memoria	+	Pienso que es más sencillo recordar las cosas que me sucedieron durante mi juventud. Recuerdo las fechas que sucedieron cosas importantes en mi vida.
			-	Considero que es difícil recordar las cosas que estaban de moda cuando era joven. Suelo olvidarme de los cumpleaños de mis familiares.
		Lenguaje	+	Me siento mal cuando olvido palabras, no puedo expresar de manera hablada lo que siento.
			-	A mi edad es normal olvidar algunos nombres de los objetos.

		Afectividad Emocional	+	<p>Considero que a mi edad puedo controlar mejor mis emociones a diferencia de cuando fui joven.</p> <p>Controlo mis emociones, puedo tener buenas relaciones con las personas.</p>	
			-	<p>Algunos días estoy muy triste, es difícil controlar mis emociones.</p> <p>Pienso que me enojo con facilidad, es difícil relacionarme con los demás.</p>	
		ROL INDIVIDUAL			
		El adulto mayor como individuo: La muerte	+	A mi edad me angustia pensar en la muerte.	
	-		Puedo pensar en la muerte sin ponerme triste por ello.		
	El adulto mayor como integrante de un grupo Familiar: Convivencia con la familia	+	<p>Considero que en mi hogar toman en cuenta mis opiniones.</p> <p>Mi familia me apoya cuando algo me preocupa.</p>		
		-	<p>En mi hogar toman decisiones sin considerar mi opinión.</p> <p>Pienso que a mi familia no le interesan mis problemas.</p>		

	CAMBIOS SOCIALES	El adulto mayor como integrante de un grupo Familiar: Adulto mayor independiente	+	Puedo realizar sin ayuda actividades de la vida diaria como asearme, comer, vestirme, caminar por la calle, etc.
			-	Se me hace complicado realizar sin ayuda algunas actividades básicas como bañarme, caminar por la calle, etc.
		El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: De capacidades	+	Me angustia pensar que quizá algún día ya no pueda valerme por mí mismo(a).
			-	Pienso que es normal envejecer, necesitare ayuda para hacer mis cosas.
		El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: Afectivas: conyugue.	+	Pienso que si muere mi pareja aún podría seguir adelante con mi vida.
			-	Pienso que si mi pareja muere, yo también quisiera morir pronto.

ROL SOCIAL

Cambio de rol laboral: Jubilación	+	Pienso que la jubilación nos dificulta seguir aportando con nuestro trabajo.
	-	Los adultos mayores podemos dedicarnos a otras cosas después de la jubilación
Cambio de rol en la comunidad/ sociedad: Participación comunitaria	+	La sociedad necesita de los conocimientos y experiencias que tenemos los adultos mayores.
	-	Considero que por ser adulto mayor la comunidad ya no necesita de mí.

ANEXO C

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. ENCUESTA DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
E.P. DE ENFERMERÍA




ESCALA TIPO LICKERT

- I. PRESENTACIÓN: Buenas tardes señor(a), mi nombre es Sally Andrea Vicuña Navarro, soy interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación, el cual tiene como objetivo determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales del adulto mayor. La información será confidencial, por lo cual solicito su sinceridad. De antemano le agradezco por su participación.

- II. INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de enunciados, responda marcando con un aspa (x) una sola alternativa que considere más apropiada según su opinión.

Ejemplo:

ENUNCIADO	SI	INDECISO	NO
Me gusta salir de paseo con mis amigos.			

- De acuerdo (SI) → 
- Indeciso (INDECISO) → 
- En desacuerdo (NO) → 

III. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años
2. Sexo: a)M () b)F ()
3. Estado civil: _____
4. Grado de instrucción: _____
5. Ocupación:
 - a) Trabajador independiente
 - b) Trabajador dependiente
 - c) Ama(o) de casa
 - d) Jubilado
 - e) Otros: _____
6. Personas con las que vive en casa:
 - a) Pareja
 - b) Hijo(s)
 - c) Nieto(s)
 - d) Hijos y nietos
 - e)
 - f) Otros: _____

IV. CONTENIDO:

N°	ENUNCIADOS	SI	INDECISO	NO
1	Pienso que es más sencillo recordar las experiencias que viví durante mi juventud.			
2	Siento que por ser adulto mayor mis amigos y vecinos ya no necesitan de mí.			
3	Pienso que los adultos mayores que ven a su pareja partir antes que ellos aún pueden seguir adelante con su vida.			
4	Pienso que ahora que envejezco, es normal que necesite ayuda para hacer mis cosas.			
5	Pienso que a mi familia no le interesan mis problemas.			
6	Pienso que la sociedad necesita de nosotros los adultos mayores por nuestros conocimientos y experiencias.			
7	A mi edad no me incomoda cuando olvido los nombres de algunos objetos.			
8	Pienso que ahora es difícil relacionarme con los demás porque me enojo con facilidad.			
9	Puedo realizar sin ayuda actividades de la vida diaria como: aseoarme, vestirme, comer, salir a la calle, etc.			
10	Considero que a mi edad puedo controlar mejor mis emociones a diferencia de cuando fui joven.			
11	Puedo pensar en la muerte sin ponerme triste.			
12	Los adultos mayores podemos dedicarnos a otras cosas después de la jubilación.			
13	Recuerdo las fechas en que sucedieron cosas importantes en mi vida.			
14	En mi hogar toman decisiones sin considerar mi opinión.			
15	Es fácil concentrarme cuando realizo alguna actividad que me gusta.			

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

2. HOJA INFORMATIVA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

a. Hoja Informativa

TITULO DE LA INVESTIGACION:

“Autopercepción sobre los Cambios Psicosociales que tienen los Adultos Mayores que asisten al Club del Adulto Mayor en una Microred de salud. San Juan de Miraflores. 2017”

INVESTIGADORA: Sally Andrea Vicuña Navarro

La presente investigación es de tipo Cuantitativa cuyo objetivo es: determinar la autopercepción sobre los cambios psicosociales que tienen los adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor en la Microred Leonor Saavedra- Villa San Luis del distrito de San Juan de Miraflores en el año 2017.

Por ello se realizaran entrevistas, previo consentimiento informado manteniendo la confidencialidad y resguardando su identidad.

Se le asignará un número (código), y este se usará para la presentación de resultados, análisis y publicaciones; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad.

En todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Los resultados de esta investigación serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se mencionara ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

Ni el investigador, ni usted serán retribuidos por la dedicación y participación en el estudio. Su participación es voluntaria, puede retirarse en cualquier etapa del estudio.

b. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

- He leído la hoja de información al participante del estudio que se me entregó, pude hablar con la investigadora (Interna de Enfermería Sally Andrea Vicuña Navarro) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.
- Estoy de acuerdo en ser entrevistado, sin mencionar mi identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que se pueda conocer los resultados.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

.....

Investigadora

Srta. Sally A. Vicuña Navarro

.....

Entrevistado

ANEXO D
GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES
EXPERTOS SEGUN PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ								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	1	0	1	1	0.035

FAVORABLE = 1 (Sí)

DESFAVORABLE = 0 (No)

Los resultados obtenidos por cada juez experto son menores a **0.05**; por lo tanto la concordancia es significativa.

ANEXO E

MATRIZ DE LA PRUEBA PILOTO

n	ITEMS																	
	DIMENSION PSICOLOGICA							DIMENSION SOCIAL										TOTAL
	p1	p7	p8	p10	p13	p15	X1	s2	s3	s4	s5	s6	s9	s11	s12	s14	X2	
1	3	1	1	3	1	1	10	3	3	1	1	2	1	1	1	3	16	26
2	2	3	3	2	1	3	14	1	3	3	3	3	3	1	3	2	22	36
3	3	1	1	3	3	3	14	1	3	3	1	3	3	1	3	2	20	34
4	3	3	1	3	3	3	16	1	3	3	1	3	3	3	3	1	21	37
5	3	3	2	3	3	3	17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	44
6	2	3	2	3	3	3	16	1	3	3	1	3	3	1	3	1	19	35
7	3	1	1	3	3	3	14	1	3	1	1	3	3	3	3	2	20	34
8	3	1	1	3	3	3	14	1	3	3	1	3	3	3	3	3	23	37
9	3	2	1	3	3	3	15	3	2	3	3	3	1	1	3	3	22	37
10	2	2	3	3	2	3	15	3	2	2	2	3	3	2	3	2	22	37

ANEXO F

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

➤ FÓRMULA

$$\alpha = \left[\frac{m}{m-1} \right] \cdot \left[\frac{1 - \sum s^2_i}{s^2_t} \right]$$

➤ DONDE

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

m : Número de Ítems

s^2_d : Varianzas por ítems.

s^2_t : varianza de la escala

Se aplicó el coeficiente alfa de Crombach de manera global. Se obtuvo los siguientes resultados:

	Global
Alfa de Crombach	0.6

La confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se considera a un instrumento con alta confiabilidad cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0,50.

ANEXO G
MATRIZ GENERAL DE LA MUESTRA

n	ITEMS																	TOTAL
	DIMENSION PSICOLOGICA							DIMENSION SOCIAL										
	p1	p7	p8	p10	p13	p15	X1	s2	s3	s4	s5	s6	s9	s11	s12	s14	X2	
1	3	3	1	1	3	3	14	3	3	1	1	3	3	1	3	1	19	33
2	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	45
3	3	3	3	3	1	3	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	43
4	3	1	1	3	3	3	14	1	3	3	3	3	3	1	2	3	22	36
5	1	1	3	3	3	3	14	3	3	3	3	3	3	1	3	1	23	37
6	3	3	3	3	3	3	18	1	2	3	1	3	3	3	3	3	22	40
7	1	3	3	3	3	3	16	3	3	3	3	3	3	1	3	1	23	39
8	3	3	3	3	3	3	18	1	2	1	2	3	3	3	2	3	20	38
9	3	3	2	2	3	3	16	3	3	3	2	3	3	3	3	3	26	42
10	3	1	3	3	3	3	16	1	3	3	1	3	3	1	3	1	19	35
11	3	3	3	3	3	3	18	1	3	3	1	3	3	1	3	3	21	39
12	1	2	1	3	3	3	13	1	3	1	1	3	3	2	3	1	18	31
13	3	3	1	3	3	3	16	1	3	3	1	3	3	3	3	1	21	37
14	1	1	3	3	3	3	14	3	3	3	3	2	3	1	3	2	23	37
15	3	1	3	3	3	3	16	3	3	1	3	3	3	3	3	3	25	41
16	3	1	1	1	3	3	12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	39
17	3	3	3	3	3	3	18	1	3	1	3	3	3	3	3	3	23	41
18	3	3	1	3	3	3	16	1	3	1	3	3	3	2	3	1	20	36
19	3	1	1	3	3	3	14	1	1	3	1	3	3	3	3	3	21	35
20	3	3	1	2	3	3	15	3	3	3	3	2	3	1	3	2	23	38
21	3	1	3	3	3	1	14	1	3	3	2	3	3	3	3	2	23	37
22	3	1	3	3	3	1	14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	41
23	3	3	3	3	3	1	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	43

n	ITEMS																	TOTAL
	DIMENSION PSICOLOGICA							DIMENSION SOCIAL										
	p1	p7	p8	p10	p13	p15	X1	s2	s3	s4	s5	s6	s9	s11	s12	s14	X2	
24	3	3	3	3	3	1	16	1	3	3	3	3	2	3	3	1	22	38
25	1	3	3	1	1	1	10	1	2	3	1	3	3	3	2	1	19	29
26	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	3	3	2	1	3	24	42
27	3	3	3	3	3	3	18	1	3	3	3	3	3	3	3	3	25	43
28	1	3	1	3	3	3	14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	41
29	3	1	3	1	3	3	14	2	3	3	1	3	3	3	3	1	22	36
30	3	3	3	3	3	3	18	3	3	1	3	3	3	3	3	3	25	43
31	3	3	1	3	3	3	16	3	3	1	3	3	3	3	3	3	25	41
32	3	3	3	1	3	1	14	3	3	3	3	3	1	1	3	3	23	37
33	1	1	1	3	1	3	10	3	3	3	1	3	3	1	3	1	21	31
34	3	3	3	1	3	3	16	3	3	1	3	3	3	1	3	3	23	39
35	3	1	3	3	3	3	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	43
36	3	3	3	1	3	3	16	1	3	3	3	3	3	1	3	3	23	39
37	3	1	3	3	3	3	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	43
38	3	3	3	3	3	3	18	3	3	1	1	3	3	1	3	3	21	39
39	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	1	3	3	3	3	1	23	41
40	3	3	1	3	3	3	16	3	3	1	3	3	3	3	3	1	23	39
41	3	1	3	3	1	3	14	1	3	1	1	3	3	3	3	1	19	33
42	3	1	3	3	3	3	16	3	3	1	3	3	3	3	3	3	25	41
43	2	3	3	3	1	3	15	2	3	3	1	3	3	1	3	1	20	35

ANEXO H

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE MEDICION LIKERT

1. AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LOS CAMBIOS PSICOSOCIALES

Se utilizó la Escala de medición Likert; a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final; de forma global y para cada dimensión.

➤ FÓRMULA:

$$I = \frac{VM - Vm}{3}$$

Donde:

I: Valor numérico de los intervalos para las categorías de valor final

VM: Valor máximo

Vm: Valor mínimo

➤ REEMPLAZANDO LA FORMULA, SE OBTUVO:

Categorías	Intervalos	Adultos Mayores
De acuerdo/Sí	45 a 36	35
Indiferente/Indeciso	35 a 26	8
En desacuerdo/No	25 a 15	0

2. AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS

➤ FÓRMULA:

$$I = \frac{VM - Vm}{3}$$

Donde:

I: Valor numérico de los intervalos para las categorías de valor final

VM: Valor máximo

Vm: Valor mínimo

➤ REEMPLAZANDO LA FORMULA, SE OBTUVO:

Categorías	Intervalos	Adultos Mayores
De acuerdo/Sí	18 a 15	28
Indiferente/Indeciso	14 a 11	13
En desacuerdo/No	10 a 6	2

25 AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LOS CAMBIOS SOCIALES

➤ FÓRMULA:

$$I = \frac{VM - Vm}{3}$$

Donde:

I: Valor numérico de los intervalos para las categorías de valor final

VM: Valor máximo

Vm: Valor mínimo

➤ REEMPLAZANDO LA FORMULA, SE OBTUVO:

Categorías	Intervalos	Adultos Mayores
De acuerdo/Sí	27 a 22	30
Indiferente/Indeciso	21 a 16	13
En desacuerdo/No	15 a 9	0

ANEXO I
ADULTOS MAYORES DISTRIBUIDOS SEGÚN EDAD

TABLA N° 1

Adultos Mayores según Edad.
Club del Adulto Mayor de la Microred
Leonor Saavedra - Villa San Luis.
Lima – 2017

EDAD	ADULTOS MAYORES	
	N°	%
60 – 69	17	39.53
70 – 79	20	46.51
80 – 90	6	13.96
TOTAL	43	100.00

En la tabla N°1 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); 20 (46.51%) tienen edades comprendidas entre 70 – 79 años y 17 (39.53%) tienen edades oscilantes entre 60 – 69 años y 6 (13.96%) se encuentran dentro del rango de 80 y 90 años de edad.

ANEXO J
ADULTOS MAYORES DISTRIBUIDOS SEGÚN SEXO

TABLA N° 2

Adultos Mayores según Sexo.
Club del Adulto Mayor de la Microred
Leonor Saavedra - Villa San Luis.
Lima – 2017

SEXO	ADULTOS MAYORES	
	N°	%
FEMENINO	38	88.37
MASCULINO	5	11.63
TOTAL	43	100.00

En la tabla N°2 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); 38 (88.37%) son de sexo femenino, mientras que 5 (11.63%) representan al sexo masculino.

ANEXO K
ADULTOS MAYORES DISTRIBUIDOS SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN

TABLA N° 3

Adultos Mayores según Grado de Instrucción.
 Club del Adulto Mayor de la Microred
 Leonor Saavedra - Villa San Luis.
 Lima – 2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ADULTOS MAYORES	
	N°	%
PRIMARIA	23	53.49
SECUNDARIA	6	13.95
SUPERIOR/TECNICO	3	6.98
ANALFABETO	11	25.58
TOTAL	43	100.00

En la tabla N°3 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); 23 (53.49%) tienen grado de instrucción nivel primario, seguido de 11 (25.58%) sin grado de instrucción alguno o analfabetos; mientras que la minoría representada por 6 (13.95%) y 3 (6.98%) tienen nivel secundario y superior/técnico, respectivamente.

ANEXO L
ADULTOS MAYORES DISTRIBUIDOS
SEGÚN ESTADO CIVIL

TABLA N° 4

Adultos Mayores según Estado Civil.
 Club del Adulto Mayor de la Microred
 Leonor Saavedra - Villa San Luis.
 Lima – 2017

ESTADO CIVIL	ADULTOS MAYORES	
	N°	%
CASADO (A)	16	37.21
DIVORCIADO (A) / SEPARADO (A)	2	4.65
VIUDO (A)	14	32.56
SOLTERO (A)	11	25.58
TOTAL	43	100.00

En la tabla N°4 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); 16 (37.21%) son casados, mientras que 14 (32.56%), 11 (25.58%) y 2 (4.65%) son viudos(as), solteros(as) y divorciados/separados(as), respectivamente.

ANEXO LL
ADULTOS MAYORES DISTRIBUIDOS SEGÚN LAS
PERSONAS CON QUIENES VIVE EN CASA

TABLA N° 5

Adultos Mayores según las personas con quienes vive
 en casa. Club del Adulto Mayor de la Microred
 Leonor Saavedra - Villa San Luis.

Lima – 2017

PERSONAS CON LAS QUE VIVE EN CASA	ADULTOS MAYORES	
	N°	%
PAREJA	2	4.65
HIJOS	9	20.93
PAREJA, HIJOS y NIETOS	8	18.60
PAREJA E HIJOS	3	6.98
HIJOS y NIETOS	16	37.21
OTROS	2	4.65
SOLO	3	6.98
TOTAL	43	100.00

En la tabla N°5 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); un grupo de 27 (62.79%) viven con su pareja, hijos y nietos, en conjunto, o al menos con dos de estos. Mientras que 13 (30.23%) adultos mayores viven con la pareja o con sus hijos u otro familiar; además 3 (6.98%) viven absolutamente solos.

ANEXO M

**TABLA DE FRECUENCIA PARA LOS CAMBIOS
PSICOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR**

TABLA N° 6

Frecuencia por Ítems del Instrumento para medir la
Autopercepción sobre los Cambios Psicológicos en
el Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la
Microred Leonor Saavedra - Villa San Luis.

Lima – 2017

ENUNCIADOS	DE ACUERDO		INDECISO		EN DESACUERDO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pienso que es más sencillo recordar las experiencias que viví durante mi juventud.	35	81.39	1	2.33	7	16.28	43	100.00
A mi edad no me incomoda cuando olvido los nombres de algunos objetos.	27	62.79	1	2.33	15	34.88	43	100.00
Pienso que ahora es difícil relacionarme con los demás	12	27.91	1	2.33	30	69.77	43	100.00

porque me enojo con facilidad.								
Considero que a mi edad puedo controlar mejor mis emociones a diferencia de cuando fui joven.	34	79.07	2	4.65	7	16.28	43	100.00
Recuerdo las fechas en que sucedieron cosas importantes en mi vida.	38	88.37	0	0	5	11.63	43	100.00
Es fácil concentrarme cuando realizo alguna actividad que me gusta.	37	86.05	0	0	6	13.95	43	100.00

En la tabla N° 6 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); para el enunciado “Recuerdo las fechas en que sucedieron cosas importantes en mi vida” 38 (88.37%) adultos mayores se mostraron de acuerdo; mientras que para “A mi edad no me incomoda cuando olvido los nombres de algunos objetos” 15 (34.88%) se mostraron en desacuerdo.

ANEXO N

**TABLA DE FRECUENCIA PARA LOS CAMBIOS
SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR**

TABLA N° 7

Frecuencia por Ítems del Instrumento para medir la
Autopercepción sobre los Cambios Sociales en el
Adulto Mayor. Club del Adulto Mayor de la
Microred Leonor Saavedra - Villa San Luis.
Lima – 2017

ENUNCIADOS	DE ACUERDO		INDECISO		EN DESACUERDO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Siento que por ser adulto mayor mis amigos y vecinos ya no necesitan de mí.	16	37.21	2	4.65	25	58.14	43	100.00
Pienso que los adultos mayores que ven a su pareja partir antes que ellos aún pueden seguir adelante con su vida.	39	90.69	3	6.98	1	2.33	43	100.00
Pienso que ahora que envejezco, es normal que necesite ayuda para hacer mis cosas para hacer mis cosas.	30	69.77	0	0	13	30.23	43	100.00
Pienso que a mi familia no le interesan mis problemas.	14	32.26	3	6.98	26	60.46	43	100.00

Pienso que la sociedad necesita de nosotros los adultos mayores por nuestros conocimientos y experiencias.	41	95.35	2	4.65	0	0	43	100.00
Puedo realizar sin ayuda actividades de la vida diaria como: asearme, comer, vestirme, salir a la calle, etc.	41	95.35	2	4.65	0	0	43	100.00
Puedo pensar en la muerte sin ponerme triste.	26	60.46	3	6.98	14	32.56	43	100.00
Los adultos mayores podemos dedicarnos a otras cosas después de la jubilación.	39	90.7	3	6.98	1	2.33	43	100.00
En mi hogar toman decisiones sin considerar mi opinión.	17	39.53	3	6.98	23	53.49	43	100.00

En la tabla N° 7 se aprecia que del total de adultos mayores encuestados 43 (100%); para los enunciados: “Pienso que la sociedad necesita de nosotros los adultos mayores por nuestros conocimientos y experiencias” y “Puedo realizar sin ayuda actividades de la vida diaria como: asearme, comer, vestirme, salir a la calle, etc.” el 41(95.35%) para ambos casos, se encuentran de acuerdo; por otra parte, para el enunciado “En mi hogar toman decisiones sin considerar mi opinión” 17(39.53%) de los adultos mayores aceptan vivir esta realidad.