

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR, CENTRO DE SALUD EL PALLAR, HUAMACHUCO.”

TESIS
PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS : Br. MARCELO RIOS, VICTORIA ARMINDA
Br. MARINO TAMAYO, JEILY KATHERIN

ASESORA : Ms. MARCELA RODRÍGUEZ ARGOMEDO



Trujillo - Perú

2018

DEDICATORIA

A DIOS:

Gracias a Dios por la vida y salud que nos brinda diariamente e iluminarnos a seguir adelante y poder lograr nuestras metas.

A nuestros padres:

Gracias por no desistir, por tu firmeza, esfuerzo y apoyo por alentarme cuando todo parecía difícil; por tus desvelos y lucha diaria porque no nos falte nada para lograr nuestras metas profesionales y ser una mejor persona.

A nuestra asesora:

Gracias por brindarnos su apoyo e instruirnos a hacer un buen trabajo y por el tiempo dedicado que nos brindó.

Victoria y Jeily

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	32
III. RESULTADOS.....	42
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	45
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS	55
ANEXOS	63

APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR, CENTRO DE SALUD EL PALLAR, HUAMACHUCO

Marcelo Ríos, victoria¹

Marino Tamayo, Jeily²

Rodríguez Argomedo, Marcela³

RESUMEN

El presente estudio, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de apoyo familiar percibido y nivel de calidad de vida en el adulto Mayor, que asiste al Centro de Salud el Pallar, distrito Huamachuco. El universo muestral estuvo conformado por 50 adultos mayores a quienes se les aplicó el cuestionario sobre el grado de apoyo familiar al adulto mayor y sobre nivel de calidad de vida al adulto mayor; siendo la información obtenida, procesada y analizada mediante la prueba estadística del “Chi Cuadrado”; los resultados son presentados en cuadros y gráficas. Después del análisis se llegó a las siguientes conclusiones: El 80 por ciento de los adultos mayores percibieron un moderado apoyo familiar y un 96 por ciento presentaron un nivel de calidad de vida regular; existiendo relación significativa entre el grado de apoyo familiar percibido por el adulto mayor y el nivel de calidad de vida (valor $p < 0.027$).

Palabras Claves: Adulto mayor, apoyo familiar, calidad de vida.

¹ Autora. Bachiller en Enfermería de la Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Trujillo; iguimar_25@hotmail.com

² Autora. Bachiller en Enfermería de la Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Trujillo; katherin_love_29@hotmail.com

³ Asesora. Ms. En Salud Familiar y Comunitaria. Docente Auxiliar TC de la Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Trujillo; kela2021@hotmail.com

PERCEIVED FAMILY SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY, EL PALLAR HEALTH CENTER, HUAMACHUCO

Marcelo Ríos, Victoria¹

Marino Tamayo, Jeily²

Rodríguez Argomedo, Marcela³

ABSTRACT

The present study, of descriptive correlational type of cross section, whose objective was to determine the degree of perceived family support and level of quality of life in the Elderly, who attends the El Pallar Health Center, Huamachuco district. The sample universe consisted of 50 older adults to whom the questionnaire was applied on the degree of family support to the elderly and on the level of quality of life for the elderly; being the information obtained, processed and analyzed by the statistical test of "Chi Square"; the results are presented in tables and graphs. After the analysis, the following conclusions: the 80 percent of seniors perceived moderate family support and 96 percent presented a level of quality of life; There is a significant relationship between the degree of family support perceived by the elderly and the level of quality of life (p value <0.027).

Key words: Older adult, family support, quality of life.

¹ Author. Bachelor in Nursing from the Faculty of Nursing-National University of Trujillo; iguimar_25@hotmail.com

² 2Autora. Bachelor in Nursing from the Faculty of Nursing-National University of Trujillo; katherin_love_29@hotmail.com

³ Adviser. Ms. In Family and Community Health. Assistant Professor TC of the Faculty of Nursing-National University of Trujillo; kela2021@hotmail.com

I. INTRODUCCIÓN

La magnitud del envejecimiento de la población mundial en los distintos países, tiende a aumentar. Por consiguiente, la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950, en la actualidad es de 72 años de edad, y se prevé que para el año 2050 ha aumentado 10 años más. Este cambio demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significa que el número de personas de más de 60 años de edad, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el año 2050 (Hernández, 2012).

En América Latina y el Caribe según la Comisión Económica para América Latina – CEPAL, se estima que la población de adultos mayores es de aproximadamente 42 millones y medio y llegará a 96 millones en el año 2025, con un incremento del 14%. Para el año 2050 llegará a cerca de ochocientos (800) millones de personas y aquellas con más de 60 años de edad serán casi el 25% de toda la población, es decir, una de cada cuatro personas será adulto mayor. Ante este escenario, es pertinente prepararse con mayor celeridad, y así poder proteger la vida y la salud individual y colectiva a nivel nacional y especialmente en los Centros Poblados Rurales (CEPAL, 2015).

En el Perú, en el año 2015 el país presento 3 millones 11 mil 50 personas adultas mayores que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). según las nuevas tendencias de crecimiento poblacional, las personas adultas mayores, llegarían en el año 2025 a los 4 millones 429 mil, representando el 13, 27% de la población total del Perú (Instituto de Estadística e Informática, 2015).

A nivel de la región de La Libertad, según el Ministerio de Salud (MINSA), existen 1 758 082 habitantes que representan el 5.9% de la población del Perú, de los cuales 167 017 son adultos mayores; que representan el 9.5%, de los cuales el 5.9% se encuentran en el área urbana y un 5.5% en el área rural, en la Provincia de Sánchez Carrión existen 4238 adultos mayores, en el Distrito de Huamachuco 374 adultos mayores, y en el Caserío del Pallar 111 adultos mayores, este último escenario será parte de la presente investigación (MINSA, 2016).

Según datos estadísticos de evidencia que las tendencias demográficas destacan el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población en las últimas décadas. El hecho de que la población adulta mayor vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la

atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Por consiguiente, el Estado debe asumir su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico y control de su salud que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad (González, 2012).

Por lo tanto, a nivel mundial aprueban el Plan de Acción sobre el Envejecimiento y Declaración Política aprobados en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, elaborada en la Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y la Carta de San José sobre los Derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, elaborada durante la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, 2012).

En el caso peruano el Estado promulgó la Ley N°28803: “Ley de las Personas Adultas Mayores” que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio pleno, de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales Vigentes de las Personas Adultas Mayores, para mejorar su calidad de vida; normativa que permite fundamentar la

priorización en la atención de salud de este grupo de riesgo poblacional (El Peruano, 2006).

Además, el Estado viene implementando políticas en favor del adulto mayor a través de sus diferentes Ministerios, en base a la Ley del Adulto Mayor; tal es así, que el MINSA desde el año 2012 viene implementando los Centros Integrales del Adulto Mayor con la finalidad de promover estilos de vida saludable y hacer control de su estado de salud. Ahora se cuenta con el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLAN AM) 2013 – 2017, liderado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables con la finalidad de hacer incidencia para que diversas entidades de los tres niveles de gobierno, garanticen el derecho a un envejecimiento digno, activo, productivo y saludable para las Personas Adultas Mayores (MIMP, 2013).

Cabe señalar, que la elaboración de este instrumento de política, constituye un esfuerzo participativo, integrador, pionero e histórico. Este documento se desarrolla en el marco de la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores elaborada por el MIMP y aprobada mediante Decreto Supremo N° 011-2011- MIMDES, en la cual se han definido los objetivos y lineamientos que sustentan las estrategias y acciones prioritarias a seguir en relación a las personas adultas mayores (PAM).

En este esfuerzo para dar cumplimiento a estos lineamientos, el Estado Peruano creó el programa “Pensión 65”, el cual surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 soles bimestrales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad (MIMP, 2012).

Además, como consecuencia de este proceso de envejecimiento, la sociedad comienza a plantearse problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran escasamente considerados. El adulto mayor es el grupo de población que padece mayor número de enfermedades, con evolución más lenta, que se cronifican con mayor facilidad y en muchos casos dejan secuelas. Los factores socioeconómicos y psíquicos de estas personas también adquieren mayor protagonismo en la vejez, aumentando por todo ello la demanda de los servicios de salud.

Frente a ello, El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables presenta cifras en donde se da cuenta que, durante el año 2010, se atendieron en los Centros Emergencia Mujer (CEM) 1,632 casos de violencia contra adultos mayores, y en el año 2016 un total de 1,928 casos.

Esto representa el 4% de la totalidad de casos que reciben dichos servicios a nivel nacional. Dentro de las estadísticas, son los hijos y otros familiares directos, los principales agresores (MIMP, 2016).

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida (González, 2009).

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que estas acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del ser humano, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países como el nuestro; con la finalidad de lograr su felicidad y por ende es necesario el apoyo el familiar (PLAN AM, 2013-2017).

Se afirma, que el apoyo familiar continúa siendo la fuente fundamental de ayuda para los adultos mayores; en la afecto emocional valorativo, funcional, informativo e instrumental, sin embargo en las familias en especial en las zonas rurales las condiciones como la migración de los hijos, el vivir solos, la falta de afecto, de comunicación, de seguridad y la mala situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias, necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar y vecinal, muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno. A pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica familiar que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo familiar para poder solventar principalmente, sus problemas de acceso a comida y salud (Ostolaza y Pera, 2008).

Sin embargo, se observa que muchas familias peruanas, principalmente de la zona rural prestan apoyo familiar a los adultos mayores, siendo las mujeres que se encargan de su cuidado y apoyo debido a que estas se dedican a los quehaceres del hogar en sus propias viviendas lo que les permite brindar el soporte para el bienestar emocional del adulto mayor. El artículo “Rol de las familias en el cuidado de personas adultas mayores dependientes: una mirada desde las políticas públicas”, levanta el papel solidario que cumplen los miembros de las familias que

prestan los cuidados a sus personas mayores dependientes, destacando el que sean las mujeres las principales cuidadoras en el hogar. Se señala, además, que las familias constituyen el mejor espacio para envejecer con dignidad (MIMP, 2012).

Por tanto, la calidad de vida del adulto mayor se evidencia por el estado de salud que este tiene, debido a que puede sufrir diversas enfermedades típicas de esta edad, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 mostraron que, un 29,7% de la población adulta mayor declaró haber sido informada en algún momento por un médico o profesional de la salud que padece de presión alta o hipertensión arterial; un 70,1% seguían tratamiento antihipertensivo farmacológico y el 29,9% sin ningún tratamiento médico (INEI, 2012).

Además, como consecuencia del proceso de envejecimiento, la salud del adulto mayor se ve disminuida por diversas dolencias que van deteriorando su salud, donde el 82,5% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 71,9%. Por otro lado, las mujeres del área urbana (85,0%) son las que más padecen de problemas de salud crónico, en tanto que en el área rural 80,6% y Lima Metropolitana el 80,2% respectivamente. En todos los ámbitos geográficos, menor

proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónicos (artritis, asma, reumatismo, diabetes, colesterol, etc). A pesar de contar con el servicio del Seguro Integral de Salud – SIS (INEI, 2017).

En cuanto a su calidad de vida en relación a la condición económica, el adulto mayor de las familias rurales en su gran mayoría está en condición de extrema pobreza debido a su avanzada edad gran parte de ellos ya no pueden generarse sus recursos económicos; sino por el contrario pasan a ser dependientes de algún familiar quien se encarga de su cuidado y protección, las características de la vivienda en la que habitan son de material rústico. En el área rural, un 78,6% de hogares con algún adulto mayor residen en viviendas con pisos de tierra/arena, el 80,7% con paredes exteriores de adobe o tapia y un 52,5% con techo de plancha de calamina, fibra de cemento o similares (INEI, 2015).

Algunos de los adultos mayores que reciben apoyo del Programa “Pensión 65”, lo que les permite en parte solventar más que todo su alimentación, vestido y salud, sin embargo, no llega a todos por lo que muchas veces se ven obligados a concurrir a algunos comedores populares o programas vaso de leche. Pero todo esto es insuficiente. Así mismo, el acceso a los servicios básicos por adultos mayores que viven en el área

rural es aun reducido, el servicio al agua potable alcanza un porcentaje de 66,3%, desagüe un 36,9% y finalmente los que cuentan con energía eléctrica por red pública es de 77,0% (INEI, 2016).

En el Centro de Salud el Pallar, se ha creado el Programa del Adulto Mayor, en el año 2015, pero por escaso personal principalmente de Enfermería, no cuenta con la cobertura esperada, ya que sólo aglutina a un tercio de la población adulta mayor; por diversas razones: escaso personal de enfermería para esta labor, la difícil accesibilidad geográfica, ya que viven distantes a dicho establecimiento de salud, los problemas de salud, que les imposibilita desplazarse, el no sentirse identificado aún con el programa, entre otros motivos.

En relación al apoyo familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado el Pallar se evidencia que los adultos mayores padecen muchos de ellos del apoyo familiar tanto en lo económico y como en su cuidado de su salud ya sea física, psicológica y social. El estado muy poco llega con sus programas sociales salvo el programa “Pensión 65”, que no tiene cobertura para todos.

Para el presente trabajo de investigación, se tuvo como conceptos principales adulto mayor, apoyo familiar percibido y calidad de vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como “adulto mayor” a aquella persona que cuenta con 60 años de edad en adelante. Esta etapa de envejecimiento se caracteriza por un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el ser humano (Novelo, 2003).

Así también, la CEPAL define al adulto mayor, como aquella persona que por límite de edad ha sufrido cambios fisiológicos que se caracterizan por la pérdida de ciertas capacidades funcionales e instrumentales para mantener la autonomía y la dependencia, debido a que todos los sistemas y órganos del cuerpo empiezan a desgastarse, desde esta perspectiva el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad debido a que muchas responsabilidades y privilegios depende de la edad cronológica (CEPAL, 2011).

Sin embargo, el proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural (Gonzales, 2009).

Respecto a los cambios socioculturales, los adultos mayores asumen nuevos roles como el de abuelo, viudo, jubilado, entre otros. Muchos de esos cambios de hoy se refieren a un rol sin rol, es decir donde el adulto mayor ocupa una posición social, pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna. Ante esta situación la familia se convierte en la mayoría de los casos en el único sustento y satisfactor de necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor (Martínez, 2010).

En el envejecimiento ocurren modificaciones en el funcionamiento de las esferas biológicas, psicológicas y sociales; cabe mencionar que en el aspecto biológico existe un decremento en las capacidades para el cuidado personal lo que muchas veces deriva en pérdida de la independencia, el adulto mayor ya no está tan alerta del peligro, disminuye también su capacidad física para afrontar los riesgos, surge también la

perdida de la memoria y otras funciones intelectuales; respecto al aspecto psicológico y social, también se considera un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades; a la vez con tareas propias de desarrollo y oportunidades de tal manera que obtenga un bienestar y satisfacción emocional que fortalezca un buen crecimiento psicológico para el adulto mayor (Villamar, 2011).

En el periodo del adulto mayor se suscitan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil. Algunos de los cambios físicos son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis en las mujeres, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad, los mecanismos inmunológicos que permiten defenderse de las infecciones y también del cáncer pierden eficiencia (Aranda, 2011).

Por causa de las necesidades a largo plazo, la persona con deficiencias, frecuentemente, depende de sus familiares para el cuidado físico. El grado de recuperación puede depender de la habilidad que tenga la familia para ofrecer apoyo a la persona con deficiencias que,

frecuentemente, se transforma en una sobrecarga significativa para la familia, por lo que el apoyo familiar se constituye en una de las unidades fundamentales de la calidad de vida del adulto mayor (Herrera, 2007).

Para la OPS, la familia constituye el principal sistema de apoyo emocional, de protección y seguridad, que permite a los hijos y a sus integrantes, como los adultos mayores a sentirse protegido, respaldado, valorado, amado y al mismo tiempo guiado para alcanzar su identidad y autonomía. La familia cumple un ciclo que se inicia con la formación de la pareja y culmina con la muerte de uno de los cónyuges, en donde se tiene que atravesar situaciones como enfermedades crónicas y problemas de índole económico, sociales y la muerte (OPS, 2014).

La ventaja de la familia en su rol de cuidadora de adultos mayores es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización, despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto. Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel rector en garantizar al adulto mayor los recursos, alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar

el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades, entre ellas la demencia (Inbert, 2009).

La familia como sistema social, se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores, los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. Por lo que, para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida en la familia, es necesario mantener relaciones intrafamiliares buenas donde se exprese amor, respeto, comprensión de todos los miembros de la familia y lograr el apoyo familiar (Minuchin y Fishman, 2011).

Al respecto el apoyo familiar se define como la característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes que la componen, en el rol de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece (Barrios y Montero, 2007).

Particularmente, cabe mencionar que, si bien las personas hablan de que el apoyo familiar influye de manera positiva, también refieren una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable. Los seres humanos demandan a la familia otro tipo de atención más relacionada con aspectos afectivos, ellos esperan recibir comprensión y requieren atención sobre las necesidades que se presentan durante la evolución de la enfermedad (Herrera, 2007).

Todo lo relacionado, con apoyo familiar, tiene interacción directa con el funcionamiento familiar, entendido como dinámica relacional interactiva y sistémica que se suscita entre los miembros de la familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, la que, para fines del presente estudio será tomado como la percepción que el adulto mayor posee (Camacho, 2009).

El apoyo familiar es vital para el adulto mayor, el mismo que tiende a refugiarse en la familia en lugar de separarse de ella, ya que le ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales, económicas y de salud; además constituye un lugar de reencuentro o reaprovisionamiento psicológico, porque provee el afecto y el compañerismo que otras instituciones no son capaces de brindar. Esto está

sujeto a la percepción que tienen los adultos mayores de su apoyo familiar (Castillo, 2012).

En relación a la percepción, se refiere que es un proceso mediante el cual un individuo adquiere una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos. Esta sensación puede ser consciente o inconsciente. A la percepción inconsciente, por estar bajo el límite de la consciencia, o subconsciente, le llamamos percepción subliminal. Los ojos, los oídos, las terminaciones nerviosas de la piel son el primer medio de contacto con el medio ambiente. Estos y otros órganos de los sentidos son los instrumentos de la percepción que recogen la información para el sistema nervioso, este la convierte en impulsos eléctricos que trasmite al cerebro donde producen cadenas de reacciones eléctricas y químicas. El resultado es la conciencia interna de un objeto o de un suceso. La percepción precede a la comunicación y ésta deberá conducir al aprendizaje (Salanova, 2008).

Hay dos principios de la percepción especialmente importantes. Primero, el fenómeno de la percepción está constituido por muchos mensajes sensoriales que no se dan separadamente sino estructurados en patrones complejos. Estos llegan a formar la base del conocimiento que la persona adquiere sobre el mundo que le rodea. Segundo, un individuo

reacciona solamente a una pequeña parte de los estímulos del medio en un momento dado. Elige aquella parte del universo que quiere experimentar, o que atrae su atención en ese momento. La percepción es una experiencia personal y única. No es exactamente igual para dos personas. Un hecho puede percibirse en forma de experiencias pasadas, de motivación presente y de vivencias actuales (Salanova, 2008).

El apoyo familiar percibido por el adulto mayor es importante en su ámbito familiar donde se relaciona; está dado por la parte emocional enfatizando confianza, atención, amor, compañía, seguridad y preocupación por él adulto mayor, basadas en un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad. Además, de la autoestima, auto respeto, percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas. Asimismo, por el apoyo informativo, consejos que benefician la salud, y el apoyo instrumental, donde se brinda bienes y servicios en tareas de la vida cotidiana y, por último, el apoyo económico (Ostolaza y Pera, 2008).

Por lo tanto, el apoyo familiar percibido por el adulto mayor es importante para influenciar en su ámbito familiar donde se relaciona y pueda tener una buena comunicación y así reducir problemas psicológicos,

abandono y tener una buena calidad de vida, la cual se llevarán en cuenta en la presente investigación.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Fernández, 2013).

La calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento – y en particular de la psicología – que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (Gonzales, 2009).

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas (Gonzales, 2009).

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

Por otro lado, el concepto de calidad de vida está íntimamente ligado a la plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad de la persona. Si a esto, se le añade una de las mayores aspiraciones del ser humano: vivir más tiempo y con mayor bienestar, la calidad de vida representa entonces un tema relevante en la bioética actual, en tal sentido, se puede especificar que ésta

toma una prioridad aún más elevada para el adulto mayor, que en otras etapas de la vida del ser humano (Gafas, 2010).

La calidad de vida, es un concepto valorativo y como tal presenta dos grandes dimensiones, objetiva y subjetiva. La primera dimensión Objetiva, se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte socio demográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la satisfacción de las necesidades humanas básicas, como la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etc.), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los recursos de tipo económico (ingresos per-cápita, el producto nacional bruto) o de tipo social (como el índice de delincuencia, etc.) (Palomba, 2010).

La segunda dimensión Subjetiva, está comprendida por la percepción y la valoración que hace el sujeto de su calidad de vida, lo cual se ve reflejado en sentimientos, actitudes y opiniones valorativas personales, ya sean positivas o negativas, ésta dimensión depende en gran medida del balance personal, entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si las

personas gozan de una buena calidad de vida donde la mayoría de los adultos mayores consideran al apoyo familiar como uno de los principales componentes que influye en su satisfacción, dependiendo de ésta su nivel de calidad de vida (Palomba, 2010).

El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Para ello es el área de la salud, sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales (González, 2009).

Para interpretar de manera descriptiva la definición integral de calidad de vida, se considera el desarrollo del Modelo Conceptual de Satisfacción con Calidad de Vida, el cual señala al contexto cultural que influye sobre los individuos de cada sociedad, reconociendo que tienen un sistema de costumbres y creencias morales que condicionan a las personas, quienes viven bajo un pluralismo moral entre una ética cívica de mínimos y una ética de máximos (Vara, 2007).

Así mismo, Vara, señala que se trata de un sistema que facilita la convivencia entre ciudadanos que aprecian la vida bajo diversas cosmovisiones (religiosas, filosóficas, políticas, o culturales) que a su vez comparten valores, así como normas mínimas y máximas. Estas normas definen la base de la vida en sus sociedades desde el concepto de individualismo y colectividad, hasta el sentido etnocéntrico de sus miembros, así como ser la fuente generadora de aspectos objetivos y que influye sobre los aspectos subjetivos.

Existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Gómez, 2014).

A medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus

propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez y Cabello, 2012).

El mismo autor refiere que las personas adultas mayores reorganizan su escala de deseos, se debe buscar fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros

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

En la calidad de vida; sin embargo, podemos diferenciar en él una dimensión subjetiva (el grado de satisfacción que siente una persona en sus relaciones familiares y sociales) y una dimensión objetiva (la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales brindados por la comunidad). A la vez, cada una de estas dimensiones pueden ser evaluadas por procedimientos más o menos directos: es decir, se puede observar (la observación, llevada a cabo por expertos, es considerado un método directo de evaluación de la conducta manifiesta) cuantas personas visitan a un sujeto o preguntárselo (método más indirecto) (Alonso, 2010).

Por otra parte, hay que resaltar que, desde luego, cuando se trata de tener en cuenta aspectos subjetivos de la calidad de vida el método "más directo" es el auto informe del propio sujeto. Se puede concluir diciendo que la evaluación de la calidad de vida no sólo tiene que ser multidimensional y tiene que contemplar componentes subjetivos y objetivos, sino que, preferentemente, debe contener distintos métodos de medida de los distintos componentes y dimensiones (Díaz, 2011).

Considerando que la familia proporciona soporte básico para el adulto mayor, que repercute en su calidad de vida (salud física, salud psicológica, salud social, capacidad funcional y económico). Todos éstos son componentes de la calidad de vida. Sin embargo, es sumamente difícil expresar la carga de significado y sentido del concepto, sobre todo cuando la interpretación del mismo varía de persona a persona. La calidad de vida es, un concepto de límites borrosos que requiere un consenso en su significado. Algunas personas vinculan la calidad de vida con un trabajo digno y bien remunerado que les permite acceder a los bienes y servicios básicos como vivienda, educación o salud, mientras otros, en sociedades más desarrolladas, se enfocan en la autorrealización y la trascendencia (Gómez y Sabe, 2007).

Rodríguez (2012), en su investigación sobre el Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Miramar. Se evidencia que el 36,92% de los entrevistados presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y en sólo el 4,62% se evidenció grado de apoyo familiar bajo encontró que en el nivel de calidad de vida bueno un 81.5% y 18.5% como nivel de calidad de vida malo.

Montoya y Urbina (2012), en Perú, efectuaron el estudio acerca de Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión

Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor, el cual se realizó en el Centro del Adulto Mayor Essalud-Trujillo, se concluyó que el 69,23% de adultos mayores presentaban un alto grado de apoyo familiar, no se encontró relación estadística significativa entre apoyo familiar y el nivel de información sobre HTA y complicaciones en el adulto mayor.

Sigüenza Pacheco y Col (2013), en Ecuador en su investigación sobre la Calidad de vida en el Adulto Mayor en las Parroquias Rurales de la ciudad de Cuenca, encontró un 61.7% de adultos mayores que presentaron un nivel de calidad de vida bueno y un 38.3% como nivel de calidad de vida bajo.

Manosalva (2015), en Trujillo en un estudio sobre “Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT”; se encontró que el 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular, el 20% bueno y el 2% malo.

Carbajal (2014) en Trujillo en su trabajo intitulado: “Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor” en el Centro de Salud Wichanzao; se encontró que el 45.7% de los adultos mayores

mostraron moderado apoyo familiar, 34.3% alto apoyo familiar y 20% bajo apoyo familiar.

El interés de realizar el presente estudio de investigación en adultos mayores, surge a raíz de nuestra experiencia práctica de formación profesional tanto hospitalaria y comunitaria donde se pudo evidenciar que el adulto mayor acude solo a consultorios externos y/o consultas médicas; en otras ocasiones cuando está hospitalizado se observa la ausencia de familiares. El adulto mayor generalmente se encuentra aislado de su medio familiar y social, ya no tiene participación con las actividades familiares, en la toma de decisiones y son considerados como una carga económica y social; muchas veces reciben maltratos y su calidad de vida es deficiente. Así mismo muchos familiares optan por dejarlos en un asilo o abandonarlos en un hospital y también algunos de ellos viven solo en su domicilio.

En este contexto, se precisa de una atención del profesional de Enfermería, que refleje las transformaciones que el concepto de salud ha tenido en el transcurso de los años, con actuación consecuente, con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

El propósito del presente trabajo de investigación es determinar la relación que existe entre el grado de apoyo familiar percibido y nivel de calidad de vida del adulto mayor. Frente a esta problemática, de carácter sanitario y social, enfermería como profesión que se integra y nutre de los avances tecnológicos, tiene la responsabilidad de actuar en acciones preventivo promocionales en el cuidado del adulto mayor y por consiguiente es un compromiso tomar acciones para fomentar el apoyo familiar del adulto mayor y mejorar la calidad del cuidado que el percibe.

Además, nuestros resultados permitieron dar a conocer la realidad a los profesionales de salud, en especial el personal de enfermería, quienes proporcionan un cuidado científico y humanístico, el mismo que debe ser

coherente con las necesidades, intereses y expectativas del adulto mayor para lograr beneficios duraderos y significativos en tan importante grupo de riesgo poblacional.

También permite a la enfermera contar con un modelo de cuidado al adulto mayor para poder lograr una mejor calidad de vida y evitar problemas emocionales y físicos siendo de interés para los profesionales de enfermería proponer intervenciones de cuidados oportunos y pertinentes de acuerdo a las necesidades particulares de este grupo de seres humanos por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante.

PROBLEMA:

¿Qué relación existe entre grado de apoyo familiar percibido y nivel de calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud El Pallar – Huamachuco, 2017?

OBJETIVOS:**OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la relación que existe entre el grado de apoyo familiar percibido y el nivel de calidad de vida en el adulto mayor “Centro de Salud el Pallar” – Huamachuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el grado de apoyo familiar percibido en el adulto mayor del “Centro de Salud el Pallar” - Huamachuco.
- Determinar el nivel de calidad de vida en el adulto mayor del “Centro de Salud el Pallar”- Huamachuco.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, correlacional y de corte transversal (Polit y Hungler, 2006); se llevó a cabo con los adultos mayores que asisten al “Centro de Salud el Pallar”, distrito Huamachuco, provincia de Sánchez Carrión.

2.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

2.2.1. Universo muestral:

Estuvo conformado por el total de los adultos mayores, 50 que acudieron al Centro de Salud el Pallar – Huamachuco, y que cumplen con los criterios de inclusión establecidos.

2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adultos mayores del Centro de Salud el Pallar, que:

- Acuden a su control de adulto mayor del Centro de Salud el Pallar y tengan carnet de control.
- Adultos mayores que acepten voluntariamente participar en la investigación.
- Adultos mayores de ambos sexos.

2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Estuvo constituido por cada uno de los adultos mayores que asistieron al Centro de Salud El Pallar durante consultas médicas y Programa del Adulto Mayor, que cumplan con los criterios inclusión.

2.5. INSTRUMENTOS:

Para la recolección de la información del presente estudio de investigación, se consideró dos cuestionarios, el primer Instrumento de apoyo familiar tomado de Leiton (2003). Consta de 4 partes en base a las dimensiones de apoyo familiar: apoyo afectivo (3 ítems), apoyo valorativo (3 ítems), apoyo informativo (1 ítem) y apoyo instrumental (2 ítems) que fueron valoradas de la siguiente forma: Siempre (S) = 3 puntos, A veces (AV) = 2 puntos, Nunca (N) = 1 punto. La escala tuvo un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles:

Bajo grado de apoyo familiar percibido (10 - 18 puntos).

Moderado grado de apoyo familiar percibido (19 - 25 puntos).

Alto grado de apoyo familiar percibido (26 - 30 puntos).

El segundo instrumento es un, "Cuestionario para medir el Nivel de Calidad de Vida", formulado por Rodríguez (2012). Consta

de 20 ítems de los cuales 7 ítems hablan sobre cómo califica su salud, 3 ítems se refieren a las limitaciones que puedan afectar su calidad de vida, 3 ítems sobre cómo es su vida con su familia y su entorno social., 4 ítems sobre cómo influye el gobierno y sus servicios y 3 ítems sobre la parte económica.

La calificación de este instrumento se llevó a cabo según el siguiente criterio: cada ítem tendrá 3 alternativas de respuesta con su respectiva calificación: SIEMPRE (2 puntos), A VECES (1 puntos) y NUNCA (0 puntos). A excepción de los ítems 4, 5 y 6, que tienen un valor de 0, 1 y 2 puntos, respectivamente. Lo cual confiere una puntuación sumada de 40 puntos que corresponde al 100%.

Determinándose de esta forma:

- Nivel de Calidad de Vida Deficiente: 0 – 15 puntos.
- Nivel de Calidad de Vida Regular: 16 – 28 puntos.
- Nivel de Calidad de Vida Bueno: 29 – 40 puntos.

2.6. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:

2.6.1. VALIDEZ:

Ambos instrumentos gozan de validez debido a que fueron sometidos por sus autores a juicios de Expertos, quienes dieron sugerencias para perfeccionar los instrumentos.

2.6.2. CONFIABILIDAD:

Para medir el grado de apoyo familiar se ha considerado como instrumento la Escala de Apoyo familiar elaborado por Leiton (2003), cuya confiabilidad fue establecida a través de la prueba estadística de Alpha de Crombach, la cual fue aplicada a una muestra piloto de 15 adultos mayores resultando un coeficiente de confiabilidad de 0.89, lo cual indica que esta escala es confiable.

Alpha de Crombach	ITEMS
0.89	9

En el segundo instrumento “Cuestionario sobre Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor”, se tomó el elaborado por Rodríguez (2012), cuya confiabilidad fue establecida a través de la prueba estadística de Alpha de Crombach, aplicada a una muestra piloto de 20 adultos mayores, resultando un coeficiente de confiabilidad de 0.80, el cual indica que este cuestionario es altamente confiable.

Alpha de Crombach	ITEMS
0.80	20

Concluyendo que ambos instrumentos, son válidos y confiables para ser utilizados en el presente estudio.

2.7. PROCEDIMIENTO:

Se coordinó con el Jefe del Centro de Salud de El Pallar y enfermera de dicho establecimiento para que faciliten el registro de atención de los Adultos Mayores, a fin de entrevistarlos en el establecimiento. Se procedió a explicarles sobre el propósito de la investigación, respetando su derecho a retirarse de la misma, en caso aceptaron participar y, durante la ejecución. Así mismo, se les aseguro la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes. Para la obtención de la información, se tomó en cuenta un ambiente de privacidad el tiempo promedio que se tuvo para la aplicación de los instrumentos duro 20 minutos aproximadamente.

2.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Los datos recolectados a través de los instrumentos fueron procesados de manera automatizada, utilizando el Software SPSS versión 23.0. Luego se realizó la tabulación simple y cruzada. Los

resultados se ilustraron mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. La asociación de datos se logró aplicando la Prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado (X^2) y el nivel de significancia estadística mediante la prueba de correlación de Pearson, la cual se consideró los siguientes criterios:

Si $p > 0.05$ no existe relación significativa.

$p \leq 0.05$ si existe relación significativa.

$p \leq 0.01$ si existe relación altamente significativa.

2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO:

Al trabajar con seres humanos, como suele ocurrir en enfermería es necesario adoptar una conducta ética, por ello se tiene en cuenta criterios relacionados a la ética y rigor científico.

a. En relación a la ética: según (Polit, 1997):

Confidencialidad: Se tomó en cuenta que los secretos expuestos por los /as sujetos de la muestra, no fueran revelados, manteniendo en estricta confidencialidad, anonimato y no se comparta con otros que no estén involucrados.

Consentimiento Informado: se tuvo en cuenta la aceptación voluntaria de participar en la investigación propuesta, luego de haber sido informado/a del propósito y modalidad, respetando la decisión autónoma de la persona fuera ésta aceptada o no.

Privacidad: Se realizó teniendo en cuenta el anonimato de los/as participantes, manteniendo la intimidad de los mismos sobre la información proporcionada. Cabe mencionar que se brindó un trato respetuoso, equitativo y amable.

b. Relación a Rigor Científico:

Credibilidad:

Según Castillo y Vásquez (2003) a las personas les gusta participar en la revisión para reafirmar su participación, también porque desean que los hallazgos sean lo más creíbles y precisos.

La confirmabilidad o auditabilidad:

Según Guba y Lincoln (1981), es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas.

La transferibilidad o aplicabilidad:

Es la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones, indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto.

2.10. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

2.10.1. Variable independiente:

Variable X_1 : GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO.

- **Definición conceptual:**

El apoyo familiar percibido por el adulto mayor es importante en su ámbito familiar donde se relaciona; está dado por la parte emocional enfatizando confianza, atención, amor, compañía, seguridad y preocupación por él adulto mayor, basadas en un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad. Además, de la autoestima, auto respeto, percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas. Asimismo, por el apoyo informativo, consejos que benefician la salud, y el apoyo instrumental, donde se brinda bienes y servicios en tareas de

la vida cotidiana y, por último, el apoyo económico (Ostolaza y Pera, 2008).

Definición Operacional:

- Bajo grado de apoyo familiar: (10 - 18 puntos).
- Moderado grado de apoyo familiar: (19 - 25 puntos).
- Alto grado de apoyo familiar: (26 - 30 puntos).

2.10.2. Variable dependiente:

Variable X₂: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

• **Definición conceptual:**

Considerando que la familia proporciona soporte básico para el adulto mayor, que repercute en su calidad de vida (salud física, salud psicológica, salud social, capacidad funcional y económico). Los estados de necesidades básicas o de deficiencia y las necesidades del ser, es decir, en la cotidianeidad algunas personas vinculan la calidad de vida con un trabajo digno y bien remunerado que les permite acceder a los bienes y servicios básicos como vivienda, educación o salud, mientras otros, en sociedades más desarrolladas, se enfocan en la autorrealización y la trascendencia (Gómez y Sabeh, 2007).

• **Definición Operacional:**

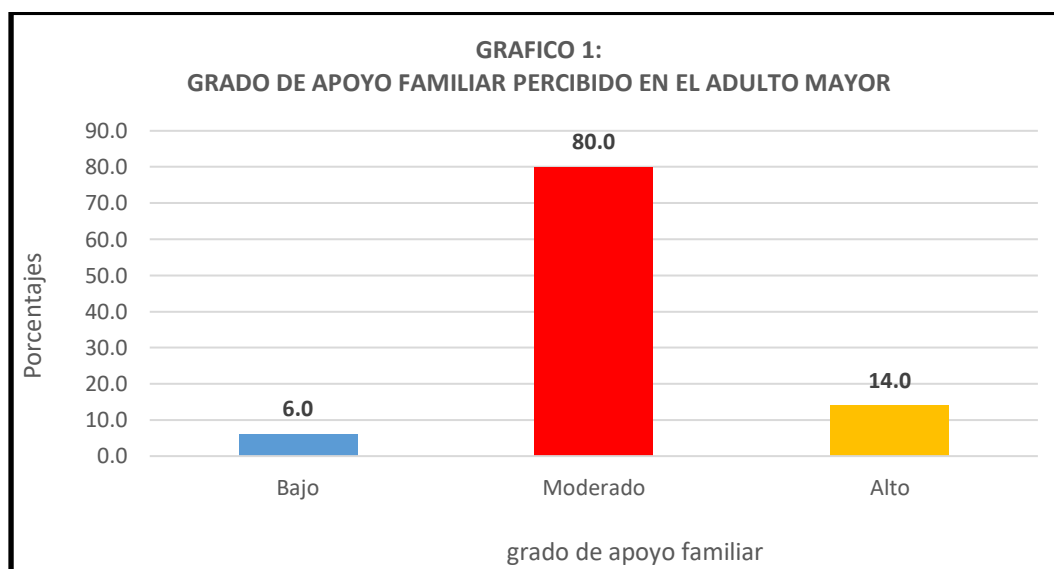
- Nivel de Calidad de Vida Deficiente : 00- 15 puntos.
- Nivel de Calidad de Vida Regular : 16-28 puntos.
- Nivel de Calidad de Vida Buena : 29 – 40 puntos.

III. RESULTADOS

TABLA 1:
Grado de Apoyo Familiar Percibido en el Adulto Mayor, Centro de Salud el Pallar, Huamachuco, 2017

Grado de apoyo familiar	No	%
Bajo	3	6,0
Moderado	40	80,0
Alto	7	14,0
Total	50	100,0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DE LA ESCALA QUE MIDE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO



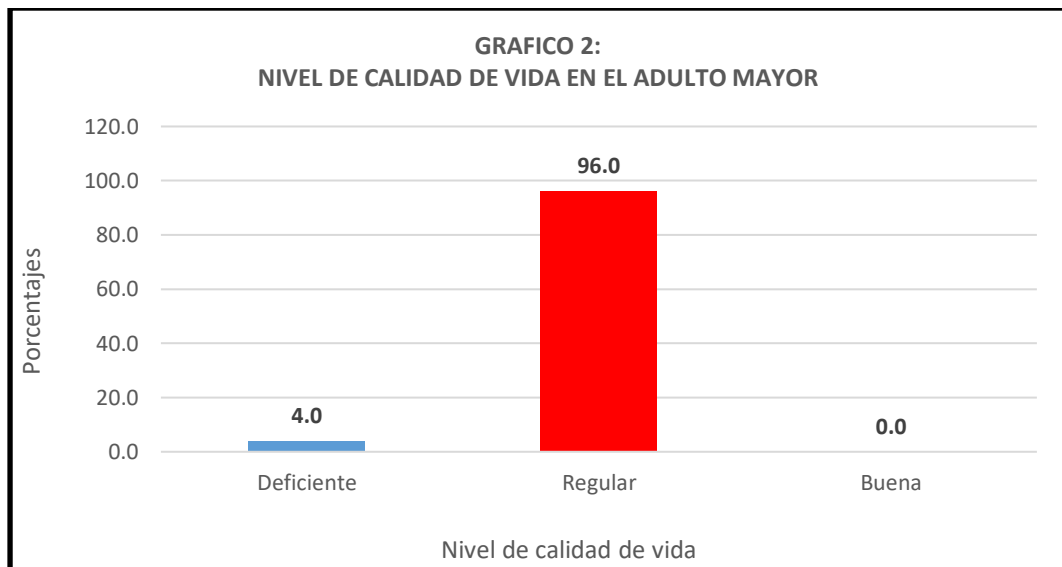
FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DE LA ESCALA QUE MIDE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO

TABLA 2:

Nivel de Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Centro de Salud el Pallar, Huamachuco

Nivel de calidad de vida	no	%
Deficiente	2	4,0
Regular	48	96,0
Buena	0	0,0
Total	50,0	100,0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO QUE MIDE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA



FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO QUE MIDE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

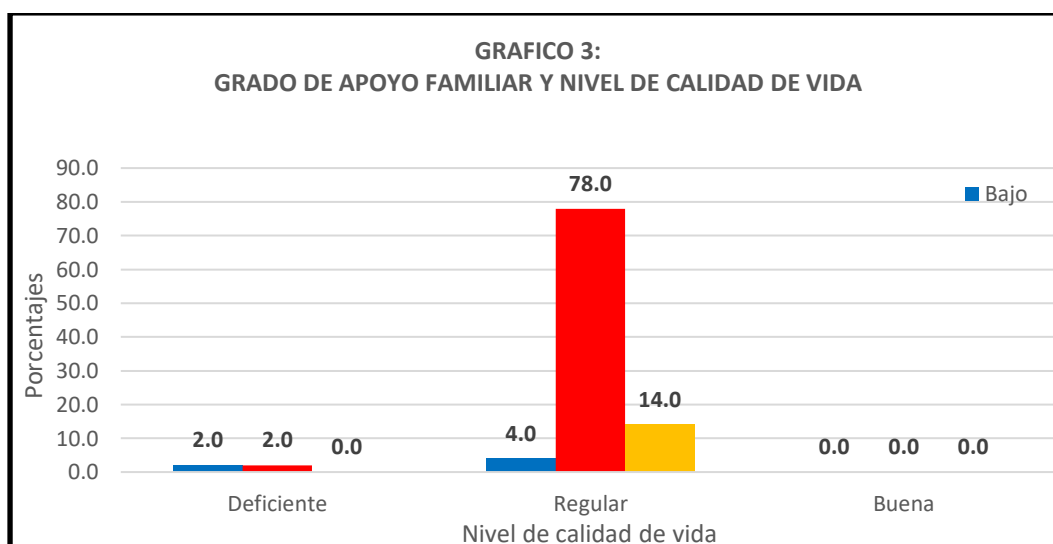
TABLA 3:

Grado de Apoyo Familiar Percibido y Nivel de Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Centro de Salud el Pallar, Huamachuco

Nivel de calidad de vida	Nivel de apoyo familiar						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	no	%	no	%	no	%	no	%
Deficiente	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2	4,0
Regular	2	4,0	39	78,0	7	14,0	48	96,0
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	3	6,0	40	80,0	7	14,0	50	100,0

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DE LA ESCALA QUE MIDE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CUESTIONARIO QUE MIDE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

X² = 7.248 p < 0.027 Significativa



FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DE LA ESCALA QUE MIDE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CUESTIONARIO QUE MIDE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. según el Grado de Apoyo Familiar Percibido en adultos mayores en el Centro de Salud el Pallar 2017, se evidencia que el 6.0% de encuestados presentaron un grado de apoyo familiar bajo, seguido del 80.0% que presentaron un grado de apoyo familiar moderado y el 14.0% presentaron un grado de apoyo familiar alto.

Estos resultados son similares a los encontrados por Manosalva (2015), en su estudio sobre “Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor del programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT”; encontró que 78% de adultos mayores presentan apoyo familiar regular. A diferencia de Carbajal (2014) en su trabajo sobre “Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor” encontró que el 45.7% de los adultos mayores mostraron moderado apoyo familiar y un 34.3% alto.

La familia es un grupo social primario, donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que estas acciones están dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del ser humano, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y

mortalidad en la mayoría de los países como el nuestro; con la finalidad de lograr su felicidad y por ende es necesario el apoyo el familiar (PLAN AM, 2013-2017).

Según Ostolaza y Pera, (2008) afirma que la familia es la encargada de brindar el apoyo familiar a todos sus integrantes, principalmente continúa siendo la fuente fundamental de ayuda para los adultos mayores; en el afecto emocional valorativo, funcional, informativo e instrumental. En la parte emocional enfatizando por la confianza, la atención, el amor, la compañía, la seguridad y preocupación por el adulto mayor otorgado por sus hijas; ya que algunas de ellas viven en la misma zona; en cambio los hijos varones son los que más han migrado a la costa y otros lugares del país. En relación al vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad proporcionados por los nietos y nietas. En relación al apoyo familiar referente a lo económico, son los hijos quienes les proporcionan de vez en cuando por general en el “Día del Padre” y por el “Día de la Madre”, lo que les permite comprar ciertos alimentos y medicamentos; lo que resultan insuficientes, referente a la toma decisiones lo asumen sus hijos.

Sin embargo, en las familias de las zonas rurales las condiciones como la migración de los hijos, el vivir solos, la falta de afecto, de

comunicación, de seguridad y la mala situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias, necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar y vecinal, muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno. A pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica familiar que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo familiar para poder solventar principalmente, sus problemas de acceso a la alimentación y vivienda, muy poco en el aspecto de la salud.

Los adultos mayores de zona rural por lo general, reciben el apoyo familiar de las mujeres quienes se encargan de su cuidado y apoyo debido a que estas se dedican a los quehaceres del hogar en sus propias viviendas lo que les permite brindar el soporte para el bienestar emocional del adulto mayor. El artículo “Rol de las familias en el cuidado de personas adultas mayores dependientes: una mirada desde las políticas públicas”, levanta el papel solidario que cumplen los miembros de las familias que prestan los cuidados a sus personas mayores dependientes, destacando el que sean las mujeres las principales cuidadoras en el hogar. Se señala, además, que las familias constituyen el mejor espacio para envejecer con dignidad (MIMP, 2012).

Según las encuestas realizadas se pudo obtener que la mayoría de adultos mayores reciben un apoyo familiar económico por lo que la mayoría de ellos viven solos, sin embargo, no tienen presencia de familiares quienes les puedan brindar un apoyo emocional satisfactorio; debido a que los hijos migran a las grandes ciudades de la costa y quedan solos.

Después de todo lo anteriormente señalado, consideramos que el apoyo familiar es un elemento clave que representa uno de los aspectos prioritarios que busca lograr el cumplimiento oportuno y pertinente de sus roles, considerando a la familia como uno de los sistemas básicos del cual el adulto mayor debe recibir protección y seguridad, proporcionando cuidados de calidad sostenibles que repercutan en la modificación de la conducta tanto del adulto mayor como de los familiares inmediatos que son los que le proporcionan sus cuidados. Lo que adicionalmente generaría en el adulto mayor un nivel de calidad de vida adecuado, concordante, con el grado de apoyo familiar recibido.

Tabla 2. Según el nivel de calidad de vida en el adulto mayor se muestra que el 4.0% de adultos mayores presentan nivel de calidad de vida deficiente, el 96.0% de adultos mayores presentan nivel de calidad de vida regular y el 0.0% de adultos mayores presento nivel de calidad de vida buena.

Los resultados del estudio no se asemejan con la investigación realizada por Sigüenza Pacheco y Col (2013), en Ecuador en su investigación sobre la Calidad de vida en el Adulto Mayor en las Parroquias Rurales de la ciudad de Cuenca, encontró un 61.7% para el nivel de calidad de vida bueno y un 38.3% como nivel de calidad de vida bajo. A diferencia de Rodríguez (2012) que demostró que el 44,61% de adultos mayores presentaron regular calidad de vida.

La calidad de vida está íntimamente ligado a la plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad de la persona. Si a esto, se le añade una de las mayores aspiraciones del ser humano: vivir más tiempo y con mayor bienestar, la calidad de vida representa entonces un tema relevante en la bioética actual (Gafas, 2010).

Asimismo, la calidad de vida es fundamental para el adulto mayor donde requiere de un entorno favorable para mantener un bienestar físico, psicológico y social y así tener una vida saludable. Según los resultados de las encuestas sobre la calidad de vida del adulto mayor salió regular, esta situación se debe probablemente a que viven en viviendas construidas por material rústico y no cuentan con todos los servicios básicos y por estar

dispersos y lejos del acceso al establecimiento de salud, no pasan por sus controles y no reciben la atención especializada.

Además, presenta una deficiente alimentación; ya que viven de sus cultivos, que ellos mismos siembran y en base de carbohidratos los cuales no es suficiente; aunque de vez en cuando reciben apoyo económico de sus hijos. No reciben el apoyo de las autoridades, salvo algunos que reciben “pensión 65”. Muy poco participan de programas dirigidos hacia ellos y aun no todos integran el programa del adulto mayor del Establecimiento de Salud.

La calidad de vida en el adulto mayor de la zona rural está determinada por la percepción que tiene de su lugar en la existencia, al cual le da mucho valor, tiene muy en cuenta su arraigamiento, su identidad con la naturaleza: plantas, flores, suelo, ríos, cultivos, entre otros recursos del ambiente; además, de su contexto cultural y de su sistema de valores como: el chacchar la hoja de coca, utilizar las infusiones de plantas medicinales, escuchar sus programas radiales, visitar a sus vecinos; es decir estar en permanente relación con los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Fernández, 2013).

Tabla 3. Según la relación entre el grado de apoyo familiar percibido y nivel de calidad de vida en el adulto mayor se evidencia que el 4.0% de adultos mayores tienen bajo nivel de apoyo familiar y nivel de calidad de vida regular, el 78.0% de adultos mayores tienen moderado nivel de apoyo familiar y nivel de calidad de vida regular, y el 14.0% de adultos mayores tienen alto nivel de apoyo familiar y nivel de calidad de vida regular. Además, se observa un valor chi cuadrado de 7.248 con $p < 0.027$ siendo significativa, habiendo relación entre variables.

Los resultados son similares a los reportados por Rodríguez (2012), quien encontró que existen correlación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, con una probabilidad de (0.029).

Los adultos mayores de la zona rural en su mayoría afrontan dificultades sociales, económicas y psicológicas, dónde no sólo se ve comprometida su responsabilidad sino también el apoyo familiar respectivo, el mismo que ejerce influencia en la calidad de vida del adulto mayor, mientras el adulto mayor tenga un mejor apoyo familiar será mejor su calidad de vida.

Por tanto, es importante la red de apoyo familiar y la presencia de programas por parte del estado. Además de mejorar la calidad de vida, en el aspecto de su salud, alimentación, ejercicio, ocio, de los servicios básicos y de igualdad de oportunidades.

El rol que cumple la familia es un soporte vital hacia el integrante adulto mayor, y como ha sido determinado a través de la presente investigación tanto el apoyo familiar como la calidad de vida del adulto mayor se encuentran directamente relacionados.

V. CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud el Pallar – Huamachuco, percibieron en un 80.0% por ciento moderado grado de apoyo familiar.
2. Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud el Pallar – Huamachuco, presentaron un 96 % por ciento de nivel de calidad de vida regular.
3. Se encontró que existe relación estadística con un chi cuadrado de 7.248 y una $p < 0.027$, entre el grado de apoyo familiar percibido y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud el Pallar – Huamachuco.

VI. RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar e implementar estrategias y actividades promocionales de la salud y preventivas dirigidas a la familia en especial a los de las zonas rurales para empoderarla en su red de apoyo dirigido al adulto mayor, principalmente en el aspecto afectivo, económico, alimentación, e incluirlos en la toma de decisiones.
- Promover la capacitación y actualización de la/el enfermero (a) en aspectos relacionados con su intervención en la familia como uno de los sistemas prioritarios de soporte social en programas dirigidos a los adultos mayores.
- Promover programas a cargo de establecimientos sociales y autoridades locales en favor del adulto mayor que incluyan capacitaciones, recreación (tejido, tocar instrumentos, entre otros), ejercicios e implementación de los servicios básicos.
- Continuar desarrollando futuras investigaciones en otros ámbitos referentes a las variables de apoyo familiar y calidad de vida, relacionadas directamente entre sí.

VII. REFERENCICAS BIBLIOGRAFICAS

- Aranda, P. (2011). Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. España. Disponible en: www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf. (Accesado 22/09/16).
- Alonso, M. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. Revista Española vol 4.
- Barrios, A y Montero, X. (2007), Funcionamiento familiar ante una enfermedad: una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico. México. Recuperado de: www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aap/12.DOC. (Accesado 02/09/16).
- Camacho, P. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes. recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Olson.pdf>. (Accesado el 09/10/16).

Castillo. P, (2012). Apoyo Familiar para el Adulto Mayor. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 53.

CEPAL. (2015). Perú – Estimaciones Y Proyecciones de Población 1950 – 2050. Boletín de Análisis Demográficos N°36. Estimaciones y Proyecciones de población urbana y rural por sexo y edades quinquenales. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/2009.htm>. (Accesado en 10/10/16)

Cuevas, F. (2003). Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes. Tesis Inédita, Universidad de La Laguna, España.

Cubas Y Vásquez (2010). Factores Biopsicosociales y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor. Tesis para Optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú,

Díaz. J y Rodríguez, H. (2011). Prevalencia de patrones antropométricos y fisiológicos en población de adultos mayores, sobre los 60 años en Arica, Chile. International Journal of Morphology.

El Peruano, (2006). Ley que modifica la Ley n° 27408, Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público. Disponible

en

http://www.credivisionperu.com.pe/Uploads/file_varios//LeyN28683.pdf. (Accesado en 04/01/2017).

Fernández, R. (2013) Evaluación psicológica, conceptos, métodos y estudios de casos 2da edición, Editorial, Pirámide, Madrid-España.

Gafas, C. (2010). Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. Universidad de las Ciencias Médicas de Camaguey - Cubana.

Gómez, M. y Sabeh, E. (2007). Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. (Accesado el 13/07/17).

Gómez, P. y Cabello (2012). Culminación del curso vital. Para una antropogerontología. Gazeta de Antropología. Envejecimiento

González, A. (2009). Evaluación psicogerontologica. Ed. Manual Moderna, España.

González, A. y Vázquez, Y. (2004). Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial. Rev. Cubana Medicentro.

y composición corporal.

Herrera, P. (2007). La Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.*

Hernández, Z. (2012). La atención de la salud del adulto mayor. Disponible en URL: [http://www.accessmylibrary.com/coms2 /browse](http://www.accessmylibrary.com/coms2/browse). (Accesado el 20/07/17).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda. 2a. ed. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/6109245/Perfil-Sociodemografico-Del-Peru-Censos-Nacionales-2012>. (Accesado el 15/07/17).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>. (Accesado el 15/07/17).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016): Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digital es/Est/Lib1157/libro.pdf]. (Accesado el 16/07/17).

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017): Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf. (Accesado el 16/07/17).

Inbert, L. (2009). Derecho y cambio social. El entorno familiar del adulto mayor: Ponencia presentada al II Congreso de Seguridad Social. Cuba; Recuperado de: http://www.derechocambiosocial.com/revista025/desproteccion_legal_del_adulto_mayor.pdf. (Accesado el 28/05/17).

Manosalva, K. (2015). Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programa de atención integral de salud del adulto mayor HRDT- Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.2015.

Martínez, (2010). “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la Red nacional de cuidado de las personas mayores en Costa Rica”. Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/teresaMartinez.pdf>. (Accesado el 12/01/17).

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2012-2013-2016).

Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe>. (Accesado el 05/04/17).

Ministerio de Salud (2016). Programa del Adulto Mayor: Disponible en:

http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-_N_980-2016-MINSA.pdf. (Accesado el 05/04/17).

Minuchin y Fishman, (2011). Técnicas de terapia familiar, México. Editorial edición Paidós.

Montoya, J. y Urbina, A. (2012). Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor. Centro del Adulto Mayor. Essalud-Trujillo. 2012. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego.

Novelo, H. (2003). Situación epidemiológico y demográfico del adulto mayor en la última década. México. Recuperado de: <http://www.Respyn.Vanl.mx/especiales/ee-s2003/ponenciasprecongreso/01-precongreso.htm>. (Accesado el 08/04/17).

Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.

Ostolaza, K. y Pera, C. (2008). Apoyo Familiar en el Mantenimiento del Adulto Mayor.

Padulles, Y. y Espinoza, R. (2010) con la Tesis titulada: Influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo – Cajamarca. Disponible en: [<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>]. (Accesado el 04/04/17).

Palomba, R. (2010). Calidad de Vida: Conceptos y Medidas. Recuperado de: http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_pptpdf. (Accesado el 11/11/16).

Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (2013-2017). Perú.

Disponible en URL:
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_PAM_2013-2017.pdf. (Accesado 04/02/17).

Salanova, E. (2008). Aprendizaje, percepción y comunicación. Mexico.

Recuperado de:
<http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/0062percepcionaprendizaje.htm>. (Accesado el 11/11/16).

Sigüenza, P. (2013). “Calidad de Vida en el Adulto

Mayor en las Parroquias Rurales de la Ciudad de Cuenca. Tesis para optar título de licenciada de enfermería: Disponible en

[http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20221/1/tesis%20\(23\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20221/1/tesis%20(23).pdf). (Accesado el 04/06/17).

Rodríguez, A. (2012). "Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar. Trujillo – Perú. Tesis para optar título de licenciada de enfermería

Tuesca, M. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla.

Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Salud Uninorte, N° 21.

Vara, A. (2007). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos

mayores de 60 años en Lima. Perú.2007. Disponible en: http://www.aristidesvara.net/prb/investigaciones/psicologia/factores_satisfaccion%20_vida/factor3.htm. (Accesado el 11/11/16)

Villamar, M. (2011). Tratamiento Psicosocial y Farmacológico de la

Depresión. México Quarterly Review. Recuperado de: http://admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com_content&view=article&id=99%3Aarticulo99&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lang=es. (Accesado 10/03/17).

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**ESCALA QUE MIDE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO
EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD EL PALLAR, 2017.**

Tomado de Leytón Zoila (2003)

Instrucciones: Este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de conocer el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor. A continuación, se le formulara algunas preguntas referentes al tipo de cuidado familiar que percibe, deberá contestar con la mayor sinceridad, según crea conveniente.

SEXO: Femenino () Masculino ()

	ITEMS	Siempre	A veces	Nunca
1	Recibe caricias , besos abrazos palabras.			
2	Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema preocupación o necesita algo.			
3	Se siente que entre usted y sus familiares existe, la confianza suficiente para guardar un secreto.			

4	Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares.			
5	Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
6	Considera que sus familiares están orgullosos de usted			
7	Sus familiares les dan o facilitan información, noticias, consejo u orientación de su interés.			
8	Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.			
9	Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.			

PUNTAJE TOTAL: 30 PUNTOS

- **Grado de Apoyo Familiar Bajo:** 10 - 18 puntos.
- **Grado de Apoyo Familiar moderado:** 19 -25 puntos.
- **Grado de Apoyo Familiar Alto:** 26 - 30 puntos.

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO QUE MIDE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD EL PALLAR, 2017.**

AUTORA: Rodríguez (2012)

Instrucciones: Marque con un aspa (x) la respuesta que usted considere pertinente. Según su percepción personal frente a lo que se pregunta.

ÍTEMS	Siempre	A veces	Nunca
1.Considera que su salud, es buena.			
2.Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud.			
3.Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc.			
4.Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y/o de salud.			

5. Usted se ve limitado (a) a realizar esfuerzos moderados como mover una silla, barrer o caminar diariamente.			
6. Tiene dificultades para subir varios pisos por una escalera.			
7. Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual.			
8. Durante las 4 últimas semanas se sintió lleno de vitalidad.			
9. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar.			
10. Ingiere alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales, etc.			
11. Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas.			
12. Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales			
13. Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida.			
14. Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida.			
15. Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida.			
16. Cree usted, que de haber tenido mayor preparación o			

capacitación, su calidad de vida sería mejor.			
17. Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida.			
18. Para usted, la red conformada por sus amigos y vecinos, son una fuente de apoyo importante, para tener una mejor calidad de vida.			
19. Cree usted que debería tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida.			
20. Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida.			

¡MUCHAS GRACIAS!



ANEXO 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO



TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Apoyo Familiar Percibido Y Calidad De Vida Del Adulto Mayor Del Centro De Salud El Pallar – Sánchez Carrión”.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar la relación entre “Apoyo Familiar Percibido Y Calidad de Vida del Adulto Mayor del Centro de Salud El Pallar”

Yo: Peruano(a), con DNI N°....., con años, domiciliado en....., expreso mediante el siguiente documento tener conocimiento de los fines, alcances y consecuencias de la investigación titulada: “APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD EL PALLAR”. Alumnas: MARCELO RIOS VICTORIA y MARINO TAMAYO JEILY, Escuela de Enfermería - Universidad Nacional de Trujillo sede Huamachuco, habiendo sido enterada de todos los pormenores, acepto participar en la investigación y entrevista; con seguridad del caso, que las informaciones serán confidenciales, mi identidad no será revelada y habrá la libertad de participar o retirarme en cualquier momento de la investigación, doy mi consentimiento además que firmo mi participación.

El Pallar..... de..... de 2017

Firma del adulto mayor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, MARCELA RODRIGUEZ ARGOMEDO, Profesora auxiliar del Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería; de la Universidad Nacional de Trujillo; mediante la presente hago constar mi asesoramiento para la elaboración del Proyecto de Investigación titulado **“APOYO FAMILIAR PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD EL PALLAR - HUAMACHUCO”**, de las estudiantes: MARCELO RIOS VICTORIA ARMINDA Y MARINO TAMAYO JEILY KATHERIN.

Se expide el presente documento a solicitud de la parte interesada, para los fines que estime conveniente.

Huamachuco _____ de _____ de 2017.

Ms. Marcela Rodríguez Argomedo.
Código: 5616