



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



TESIS

**“FACTORES SOCIOFAMILIARES Y PLAN DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS - 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

AUTORAS

Bach. LÓPEZ LOZANO NORI GRACIELA

Bach. CIEZA VÁSQUEZ GABY MELISSA

ASESORA

Mg. ANA M. SALAZAR BARRIOS

CHICLAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios por su infinita bondad y amor, y le damos las gracias de brindarnos salud y guiarnos día a día para alcanzar y lograr nuestras metas.

A nuestros hijos por ser el motor y motivo y la fuerza constante de seguir adelante. Su inmenso amor nos ha fortalecido en este proceso y así cumplir nuestras metas.

A nuestros padres por el amor y el apoyo que nos brindaron durante nuestra etapa universitaria, sus consejos, valores y la motivación constante nos sirven para ser unas personas de bien y así desarrollarnos profesionalmente.

NORI - GABY

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a la Lic. Ana Salazar Barrios por el asesoramiento de la presente investigación, destacamos su tiempo, paciencia y apoyo.

A nuestros jurados de tesis como son: Lic. Lilibian Arroyo Cabrejos, Mg. Mirtha Chavarry Carranza y Mg. Walter Cabrera Herrera quienes han puesto a nuestra disposición su capacidad y profesionalismo durante el desarrollo de esta investigación.

A los Adultos Mayores del Centro de Salud Paul Harris por atender y aceptar nuestro trabajo de estudio.

Al personal del Centro de Salud Paul Harris por brindarnos las facilidades de realizarse la presente investigación.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCION.....	3
2.1.	MARCO TEORICO	4
2.2.	PROBLEMA	27
2.3.	HIPÓTESIS	29
2.4.	OBJETIVOS	29
2.5	JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	30
2.6.	DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	31
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	32
3.1.	Tipo de Investigación	32
3.2.	Diseño de contrastación de Hipótesis.....	32
3.3.	Población y Muestra	33
3.4.	tipo de muestreo, tamaño de muestra.....	33
3.5	Criterios de selección	34
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7	Procedimientos.....	36
3.8.	Análisis estadístico	36
IV.	Resultados	38
4.1.	Resultados del plan de vida del adulto mayor	38
4.2.	Resultados de los factores Socio familiares.....	46
V.	Discusión.....	54
VI.	Conclusiones.....	55
VII.	Recomendaciones.....	56
VIII.	Referencias bibliográficas	57
IX.	Anexos	60

I. RESUMEN

El presente estudio titulado “Factores Sociofamiliares y Plan de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Paul Harris- 2018”, tuvo como **objetivo principal** determinar la relación que existe entre los factores Sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris. El **diseño de investigación** es de tipo Cuantitativa - Descriptiva de método no experimental correlacional. La **población** en estudio fue constituida por todos los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Paul Harris; durante los meses de estudio se llegó a encuestar a 100 adultos, para esto se utilizó la escala de Gijón la cual recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, situación de vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes social, donde se profundizo con una entrevista estructurada de preguntas sobre el plan de vida con cuatro indicadores: Tiempo libre, Plan personal, Plan formativo y Plan Laboral, validadas por expertos. La **prueba estadística** determinó una relación significativa positiva entre los factores socio familiares y el plan de vida del adulto mayor; asociados al factor sociofamiliar se encontró que el 18.4% presentan una aceptable situación social, el 73.5% se encuentran en riesgo social y el 8.2% tiene un problema social; en cuanto al plan de vida se encontró que el 26,5% de adultos mayores si tienen un plan de vida, el 53.1% no tiene un plan de vida y el 20.4% no saben que es un plan de vida. En **conclusión**, los adultos mayores del centro de salud Paul Harris, si les gustaría tener plan de vida haciendo otras actividades de acuerdo a su edad, recalcando que también se evidenció un porcentaje de riesgo social familiar bastante significativa lo cual es de gran importancia para establecer programas que mejoren la relación familiar con el adulto mayor y así puedan lograr tener una buena calidad de vida.

Palabras claves: Factores Sociofamiliares, Plan de vida, Adulto Mayor, Redes sociales, Familia, Calidad de vida.

SUMMARY

The present study entitled “Socio family factors and Life Plan of the Elderly of the Paul Harris Health Center 2018”, had as main objective to determine the relationship between the Socio family factors and the life plan of the older adult of the Paul Harris Health Center. The research design is quantitative - descriptive of a non-experimental correlational method. The study population was made up of all older adults who attend the Paul Harris Health Center; During the study months, 100 adults were surveyed, for this the Gijon scale was used, which includes five areas of assessment: family situation, economic situation, housing situation, social relations and support of social networks, where I deepen with a structured interview of questions about the life plan with four indicators: Free time, Personal Plan, Training Plan and Work Plan, validated by experts. The statistical test determined a significant positive relationship between socio-family factors and the life plan of the elderly; associated with the socio-family factor, it was found that 18.4% have an acceptable social situation, 73.5% are at social risk and 8.2% have a social problem; As for the life plan, it was found that 26.5% of older adults have a life plan, 53.1% do not have a life plan and 20.4% do not know what a life plan is. In conclusion, the older adults of the Paul Harris health center, if they would like to have a life plan doing other activities according to their age, emphasizing that a fairly significant percentage of family social risk was also evidenced, which is of great importance to establish programs that improve the family relationship with the elderly and thus achieve a good quality of life.

Keywords: Socio family factors, Life Plan, Senior Adult, Social Networks, Family, Quality of life.

II. INTRODUCCIÓN

Un gran error generalizado con el que viven muchas personas, entre ellas muchos adultos mayores, es el prejuicio de creer que la vejez es un período necesario y fatalmente de declinación, deterioro y caos en todos los sentidos donde los resultados de las investigaciones actuales en el campo de la gerontología han demostrado lo incierto y falso de esta idea.

Se ha evidenciado que las características de la tercera edad dependen mucho del apoyo de la familia y no tanto de la edad, donde como adulto mayor tiene el derecho de llevar una buena calidad de vida durante los años siguientes.

Mediante el presente trabajo de investigación se busca entender el impacto que tiene la sociedad en la programación y ejecución del Plan de Vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris 2018, ya que actualmente, podemos esperar vivir hasta más de setenta años y esto brinda una oportunidad no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto.

Esta investigación servirá de mucha ayuda directamente al Adulto Mayor como herramienta para las actividades de Enfermería con el fin de mejorar su calidad de vida; estos factores Sociofamiliares son características que permiten establecer la relación entre adulto mayor, entorno social, cultural y familiar que lo rodea; el conocimiento de la funcionalidad social del adulto mayor es sumamente importante para un abordaje integral adecuado ya que permitirá identificar conductas o hábitos no adecuados. Además, los adultos mayores son fuente de conocimientos y experiencias, transmiten cultura y tienen potencial educador que debe ser aprovechado por el resto de las generaciones para crecer como sociedad.

2.1. MARCO TEORICO

a) Situación Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el incremento de la población de la tercera edad a nivel mundial está aumentando a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población del adulto mayor de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En la actualidad, la población de América Latina y el Caribe continúa en aumento y envejeciendo de forma sostenida. La reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida están llevando a los países a tomar medidas para hacer frente a las necesidades de este grupo poblacional que va creciendo ⁽¹⁾ Podemos decir que la población adulta mayor está aumentando considerablemente, hecho que va a obligar a las autoridades internacionales, a realizar cambios socioeconómicos y culturales.

Según las proyecciones realizadas por la CELADE, la División de Desarrollo Social de la CEPAL, los países con mayor población de adultos mayores en América Latina son Brasil y México, seguidos por Colombia, Argentina y Perú, además mencionan que la cobertura de los sistemas de jubilación en Latinoamérica es muy baja por lo que los adultos mayores deben seguir trabajando hasta edades avanzadas o depender de sus familias de manera directa, viviendo en casa con sus hijos, generaciones de nietos e incluso bisnietos. Además de que, 1 de cada 4 hogares latinoamericanos cuenta con un adulto mayor. ⁽²⁾ En el Perú se observa que un gran grupo de adultos mayores, desea aun seguir laborando a pesar que sus familiares se encargan de su cuidado.

Según el programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (ONU), los indicadores de calidad de vida en Perú se encuentran dentro del promedio de América Latina; es decir, por debajo de los países desarrollados. Según el índice de desarrollo humano, que se mide en tres dimensiones (esperanza de vida, nivel educacional e ingreso per cápita), nuestro país es de desarrollo intermedio en el mundo, situándose en el décimo tercer lugar latinoamericano y 82 a nivel mundial. ⁽³⁾ Como resultado de grandes cambios demográficos en las últimas décadas en el país, la

edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, que afectan la esperanza de vida, el nivel educativo y el ingreso económico.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) menciona que, en el Perú el proceso de envejecimiento también se está produciendo en este país, en el cual la población mayor de 60 años, que el año 1950 representaba el 5.7 % , para el año 2018 ha aumentado a 10.4%⁽⁴⁾;por lo tanto las autoridades y familiares deben asumir el reto de ofrecer mejores condiciones de vida, de tal forma que sea capaz de plantearse un proyecto de vida que le permita mejorar la calidad de su salud y su desarrollo personal que se sienta activo y productivo.

En la región de Lambayeque viven un total de 133.333 adultos mayores de 60 años o más (92.254 en la provincia de Chiclayo, 30.345 en la provincia de Lambayeque y 10.734 en Ferreñafe). Flor de María Vásquez Samamé, presidenta de la Federación de Adultos Mayores, refiere que la condición actual de este grupo es lamentable, más aún por la indiferencia del Estado frente a sus necesidades ⁽⁵⁾. Esta opinión es contraria a lo que el estado viene realizando al ofrecer pensión 65 a los adultos mayores de extrema pobreza, siendo insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas como ser humano.

El INEI también consideró que los primeros meses del 2018 el 42% de los hogares tienen entre sus miembros de la familia una persona de 60 años a más, siendo en la región Lambayeque la población adulta mayor de 10.3% cifra que coincide con el nacional. ⁽⁴⁾ Estos datos nos permiten considerar que un miembro de la familia se va a convertir en cuidador sin estar preparado para ello, mucho más si el adulto mayor presenta alguna enfermedad crónica.

Finalmente, las consecuencias de todos estos cambios en la población adulta mayor, nos llevan a reflexionar como prioridad el alto desempleo; en donde antes el adulto mayor era el jefe de familia que llevaba el sustento al hogar a ser desplazado por su jubilación, produciéndose así un problema social en la comunidad; en donde se aprecia, que los adultos mayores no tienen un plan de vida decidido y sin embargo se consideran una carga para la familia y la sociedad.

b) Antecedentes de la investigación

A NIVEL INTERNACIONAL

GONCALVES L. Y SEGOVIA S. (2018) INVESTIGACIÓN REALIZADA EN ARGENTINA, DENOMINADA “LA GENERACIÓN DE PROYECTOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. AUTOPERCEPCIÓN SOBRE COMPETENCIAS DESARROLLADAS, POSIBILIDADES DE APRENDIZAJE Y MOTIVACIONES”,

con su objetivo principal de evaluar la posibilidad de construcción de un proyecto de vida en adultos mayores a partir de la autopercepción sobre sus posibilidades de aprendizaje, su vinculación con el entorno y las competencias desarrolladas desde su propio criterio de realidad. Teniendo como resultados que la posibilidad de aprendizaje se asume como una realidad y se experimenta en la cotidianidad, ya sea como aprendizaje de vida, como conocimiento o como experiencia. Se observa criterio de realidad para identificar tanto las competencias fortalecidas con la edad como aquellas que se evidencian limitadas. ⁽⁶⁾

Comentario: Nos habla que para poder construir un proyecto de vida se tiene que indagar la perspectiva propia de los adultos mayores, para así poder ver si están motivados interiormente y seguir adelante sin interrupciones por la edad logrando una buena calidad de vida en ellos.

RAMIREZ M. Y PÉREZ B. (2015) EN EL ESTUDIO REALIZADO EN CUBA “PROYECTO DE VIDA Y TERCERA EDAD. UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA,

su objetivo principal fue; Presentar un estudio diagnóstico de los proyectos de vida del Adulto Mayor que permita a largo plazo la elaboración de actividades que realmente se constituyan atractivas para el adulto mayor, como una experiencia de trabajo de extensión universitaria. Teniendo como resultados que los proyectos de vida el 70% planteó no tener proyectos de vida y el 30% que los proyectos de vida son “lo que uno se propone para el futuro, estar consciente de su edad y actuar en consecuencia y las proyecciones en el medio que lo rodea”. Referentes a los planes de vida el 70% plantea que no tiene planes porque a esta edad solo se vive el

presente, el 20% plantea que no vivirá mucho por eso no tiene planes y el 10% se manifiesta de una manera positiva en cuanto a los planes para el futuro. (7)

Comentario: Este estudio nos confirma la gran necesidad de motivar a los adultos mayores para que piensen en hacer sus propios proyectos de vida, donde el adulto mayor pueda aceptar con tranquilidad sus cambios en su estilo de vida para que así lleve una mejor calidad de vida.

MAZACÓN B (2017) INVESTIGACIÓN REALIZADA EN ECUADOR “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTÓN VENTANAS – LOS RÍOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD” con su objetivo principal: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud. Teniendo como resultados la mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36 la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) Conclusiones: Se concluye que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Donde se determinó que la calidad de vida del adulto mayor fue influenciada por la ocupación y por el soporte brindado por la persona con la que vivía el adulto mayor.

Comentario: En este estudio se determinó que la calidad de vida del adulto mayor depende mucho del rol familiar.

A NIVEL NACIONAL:

ROMÁN R, QUIROZ L 2012 – 2013, LIMA – PERÚ; TESIS DENOMINADA “SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y VALORACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD EN MAGDALENA, 2012-2013”.

El estudio es una investigación cuantitativa, retrospectiva y correlacional, fue aplicada a 136 adultos mayores atendidos en el Centro de salud Magdalena, entre los años 2012 (65 adultos mayores) y 2013 (71 adultos mayores).

Objetivo: Determinar la relación entre la situación sociofamiliar y la valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Magdalena. Resultados: Se pudo apreciar que el 36 % se encuentran en riesgo social y 53,7 % presentan problema social, en donde se puede identificar que 93 (68,4 %) son independientes y 43 (31,6 %) son dependientes parciales. No se encontraron adultos mayores en dependencia total. El 68,38% de los adultos mayores son independientes; que el 36,03 % está en riesgo social, y que, dentro de este último porcentaje, el 29,41 % es independiente; muestra también que el 18,38 % es dependiente con riesgo social. Asimismo, debe decirse que las diferencias encontradas fueron significativas. Llegaron a la conclusión: La mayoría de los adultos mayores atendidos en el centro de salud Magdalena presentan una situación sociofamiliar de riesgo y problema sociales; presentan además limitaciones en la comunicación familiar y social, que repercuten negativamente en su calidad de vida. (9)

Comentario: Según el estudio la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, ya que no tienen mucha comunicación por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que ayuden al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores junto con la familia para que vean lo gran importante que es para los adultos mayores tener el apoyo de sus familiares.

MARTHA VERA TERRONES (2007), en su tesis “SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR PARA ASÍ MISMO Y PARA SU FAMILIA” LIMA, PERÚ. El objetivo fue comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor y su familia. Diseño, estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo. Sus principales resultados, participaron dieciséis adultos con sus respectivos grupos familiares, los discursos a través de la objetivación y el anclaje permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) Conocimiento de la vejez y ser un adulto mayor, b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor, c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida y d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Conclusiones; para el adulto mayor la 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. Y para la familia que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

JOHANA LOZADA OLIVA (2015) TRUJILLO “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: EFECTOS DEL PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO - ES SALUD, DISTRITO LA ESPERANZA PROVINCIA DE TRUJILLO, EN EL AÑO 2014” Su objetivo fue Determinar los efectos del programa de estilos de vida para un envejecimiento activo en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. Según sus resultados obtenidos el 65% de los adultos mayores consideran que gozan actualmente de buena salud física, y un 23% de participantes no gozan de buena salud. Conclusiones: el programa de estilos de vida para un envejecimiento activo influye en la calidad de vida del adulto mayor en el aspecto físico al considerar que gozan actualmente de buena salud física partiendo del cuidado y responsabilidad de su bienestar incentivado desde el programa.

A NIVEL LOCAL: No se encontraron estudios similares a nuestra investigación.

c) Base teórica

Nuestra investigación se sustenta con la teoría de enfermería de Callista Roy, esta teoría considera que el ser humano se adapta de acuerdo a sus necesidades básicas y para ello es necesario mantener la autoestima, su capacidad funcional, social y en ello cumple un papel muy importante la familia y la sociedad. ⁽¹¹⁾

Modelo de adaptación

Filosofía: La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

Teoría: Conjunto de ideas que, de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

Meta teoría: Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una metateoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afronte y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Según Diego Gracia Guillén la incorporación de la ética asistencial a la atención geriátrica comienza a convertirse en necesaria para considerar a esta una asistencia de calidad. La incorporación de los valores junto a los hechos objetivos es la que asegura que dicha asistencia preserva la dignidad de cada uno de los ancianos que son asistidos en el ámbito sanitario o social.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos en una situación de pluralismo moral en la que no es fácil llegar a acuerdos sobre qué se debe y qué no se debe hacer en la asistencia a los ancianos.

La bioética ha elaborado una metodología que puede ayudar a determinar cuáles son los mínimos éticos exigibles a cualquier sujeto en la asistencia a las personas mayores.

No-maleficencia: Obligación de no lesionar con nuestras prácticas asistenciales la integridad física o psíquica al adulto mayor.

Justicia: Obligación de no discriminar al adulto mayor en cuanto a los recursos que le corresponden.

Autonomía: Obligación de respetar los valores, ideas, creencias, y en definitiva el proyecto de vida del adulto mayor.

Beneficencia: Obligación de hacer el bien al adulto mayor según su propio proyecto de vida.

Factor Sociofamiliar:

La intervención socio-familiar como la adecuación profesional encaminada a apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos, con la finalidad de lograr un cambio positivo que contribuya a una mejoría de su calidad de vida. Dentro de los factores sociofamiliares tenemos; desarrollo social, situación económica y relaciones familiares:

Desarrollo social

El desarrollo social se debe evaluar el componente social del adulto mayor permitiendo determinar los factores que influyen en su salud, es decir permite conocer la relación del adulto mayor con su entorno social, las relaciones humanas, el soporte para sus necesidades físicas y psicológicas (Rodríguez 2014).

Para evaluar la esfera social se utiliza algunas escalas, entre ellas tenemos la escala de Gijón. Su objetivo es detectar las situaciones de riesgo y los problemas sociales a la que están expuestos con la finalidad de realizar acciones de intervención social.

El entorno en el que se desarrolla el adulto mayor es fundamental en la calidad de vida del mismo, por ello, determinar su situación socio familiar es la clave en la propuesta de mecanismos de intervención y establecer las redes de apoyo que protejan al adulto mayor.

Optimizar los recursos familiares en el entorno social (Guzmán, 2011), nos permite facilitar y mejorar la actividad social en los adultos mayores evitando la exclusión social de los adultos, al menos cuando han llegado a la jubilación, donde experimenta una serie de acontecimientos ante los cuales no estaba preparado para asumir su nuevo rol.

Situación socioeconómica

La situación económica está determinada por diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

La participación laboral de las personas mayores se encuentra relacionada directamente con la deficiente cobertura del sistema de seguridad social, que obliga a continuar trabajando para subsistir. De este modo, los aspectos relativos a la institucionalidad del sistema de seguridad social y su financiamiento son factores coadyuvantes para determinar la participación o no de las personas mayores en el mercado de trabajo. ⁽¹²⁾

El papel de las ayudas familiares en la seguridad económica es un asunto que cada vez adquiere mayor reconocimiento; siendo relativamente frecuente encontrar ejercicios de su cuantificación en la composición de ingresos de las personas y hogares en condición de pobreza.

En la vejez, las ayudas familiares adquieren un significado diferente a las demás etapas del ciclo de vida, debido a que en esta edad la obtención de recursos para satisfacer las necesidades proviene de fuentes que no siempre son asimilables a aquellas de las restantes generaciones ⁽¹³⁾. Esto es así porque a medida que avanza la edad el ingreso por remuneraciones al trabajo va perdiendo importancia, y al revés de lo que ocurre en países desarrollados con sistemas de seguridad social más evolucionados, sólo una media proporción descansa únicamente en ingresos obtenidos por concepto de jubilación o pensión. En este contexto, tal como afirma Wong y Espinoza (2003) el apoyo familiar gana importancia relativa, sobre todo entre los grupos con bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional.

Relaciones familiares

Ya que la familia parte de las redes sociales, es una estructura que puede cambiar a lo largo del tiempo, y de hecho lo hace. La estructura familiar no indica si una familia es funcional o no, sino que simplemente tiene que ver con la forma de ésta y los miembros que la integran. Algo que tiene mucho que ver con el contexto histórico, económico y cultural.

Esta variedad de formas incluye las siguientes:

- **Familia nuclear (biparental):** La familia nuclear es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos.
- **Familia monoparental:** La familia monoparental consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos.
- **Familia adoptiva:** Este tipo de familia, la familia adoptiva, hace referencia a los padres que adoptan a un niño. Pese a que no son los padres biológicos, pueden desempeñar un gran rol como educadores, equivalente al de los padres biológicos en todos los aspectos.
- **Familia sin hijos:** Este tipo de familias, se caracterizan por no tener descendientes.
- **Familia de padres separados:** En este tipo de familia, podemos denominar familia de padres separados.
- **Familia compuesta:** Se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares. La causa más común es que se han formado otras familias tras la ruptura de pareja, y el hijo además de vivir con su madre y su pareja, también tiene la familia de su padre y su pareja, pudiendo llegar a tener hermanastros. Se trata de un tipo de familia más común en entornos rurales que en los urbanos, especialmente en contextos en los que hay pobreza.
- **Familia extensa:** Este tipo de familia, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa.

Las relaciones abuelos-nietos

Los cuidados a nietos son mencionados por abuelos y abuelas como una forma de sentirse útil, de enriquecimiento y de mejora, e incluso un medio para descubrir nuevas capacidades.

La investigación de las relaciones abuelos-nietos es amplia; sus más importantes resultados ponen de relieve que estas relaciones son recordadas como más entrañables de la vida, los abuelos no solo son cuidadores sino como transmisores de experiencias familiares y se les percibe como valoradores y educadores en una serie de valores positivos ⁽¹²⁾

Es uno de los vínculos más importantes y enriquecedores que se forma entre abuelos y nietos, pues a pesar de la brecha generacional que existe, es de gran beneficio para ambas partes; los adultos mayores se sienten amados, productivos y útiles, mientras que los niños aprenden valores como el respeto. Como explica la psicóloga de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile María José Gálvez “

El vínculo entre abuelos y nietos es de gran potencial porque ambos se nutren emocionalmente; es una relación donde hay cariño sincero, desinteresado y en la que el acompañamiento es enriquecedor, por tanto, brinda muchos beneficios que perduran a lo largo de la vida. ⁽¹²⁾

Generalmente, luego de los padres, suelen ser las figuras más significativas para ellos. Cumplen un papel muy valioso, pues cuentan con la gran sabiduría de los años y las lecciones aprendidas de sus propias experiencias como padres. Esto hace que los abuelos estén en condiciones de ser grandes colaboradores y consejeros, posibilitando muchas veces una mayor integración familiar. ⁽¹²⁾

Las relaciones intergeneracionales fuera del entorno familiar

Los programas intergeneracionales son una estupenda manera de que las personas mayores permanezcan como miembros productivos y valorados en la sociedad; sirven para construir vínculos significativos que ponen en contacto a las personas de distintas edades y proporcionan a los mayores un medio de transmisión de la cultura y las tradiciones a las nuevas generaciones a la vez que mejoran la manera que tienen de percibirse a sí mismos. ⁽¹²⁾

EL PAPEL DE LA FAMILIA

Es algo muy importante de las redes familiares, sociales y comunitarias en el bienestar general y la salud de las personas mayores. También influyen en el envejecimiento activo las relaciones entre las distintas generaciones que conviven en una misma época, dentro y fuera del ámbito familiar, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia.

En la mayor parte de estudios longitudinales las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y mejor. Tratar de mantener nuestras relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para obtener un envejecimiento satisfactorio.

Existe una falsa idea, a saber, que es la gente mayor la que recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, las que son cuidadoras de los otros miembros de la familia.

No solo eso, sino que las personas mayores realizan una extraordinaria labor de cuidado de la familia, haciendo gestiones, pequeñas reparaciones domésticas, compras, arreglo de la casa, recogida de los niños del colegio y otras muchas tareas en las que invierten un promedio diario de seis horas.

La familia, factor de calidad de vida. En opinión de las personas mayores, las relaciones con la familia son una fuente esencial de bienestar y es la tercera condición más importante para la calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

Personas mayores solas han cambiado las formas de convivencia, reduciéndose el núcleo familiar y aumentando la proporción de personas mayores que viven solas, pero las familias continúan siendo la principal fuente de contacto social y de ayuda en caso de necesidad, y esto es particularmente cierto para las personas mayores viudas que viven solas. (15)

Para superar la soledad, la familia juega un papel fundamental, se la puede considerar el principal soporte social del anciano, considerando las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra la soledad. El rol de abuelo podría ser una muy buena solución para conseguir una mejor relación familiar. (16)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En esta deben prevalecer criterios claves como son: comunicación, individualidad, toma de decisiones y reacción a los eventos críticos. (11)

Una familia funcional es un sistema familiar que cumple mínimamente la tarea de procurar las condiciones para que todos sus miembros se puedan desarrollar de manera física, emocional, intelectual y social. Es una estructura estable, aunque no estática, lo que significa que es capaz de mantenerse, recuperando su estabilidad después de una crisis, un conflicto o desequilibrio. (13)

Smilkstein, plantea que la funcionalidad familiar se puede valorar conociendo la percepción de los miembros de la familia acerca de los componentes que a continuación se presenta:

- **Adaptación:** Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- **Participación:** Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

- Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional, física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Resolución: Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás miembros de la familia. Refleja la capacidad de resistencia del grupo familiar ante situaciones de crisis ⁽¹⁷⁾

JUBILACIÓN

El retiro de la actividad laboral contempla una transición del rol de ser persona trabajadora al papel de persona jubilada; transición que en gran medida va a estar acompañada de una serie de pérdidas, entre las cuales destaca la pérdida de los papeles laborales, de estatus y que, dependiendo del nivel de autoestima, puede generar un vacío existencial, con los riesgos psicosociales que ello implica.

Para Soley (2007) es muy común que la imagen de la persona esté asociada con su rol de trabajador, y que por lo tanto al dejar de trabajar, la imagen se ve afectada, sobre todo por la carga de mitos y estereotipos que sobre la jubilación tiene la sociedad. Al ser percibida como personas desvalorizadas e improductivas la jubilación no sólo afecta por la pérdida de ese rol, sino que se reducen las posibilidades de reinserción para recuperar esos papeles. De ahí que autores como Mata (1993) destaquen que: La persona al jubilarse sufre pérdidas dolorosas, que afectan sobre todo su autoestima, como son: la pérdida del rol social y laboral, amigos, compañeros y estatus. Y aunque la persona llene su vida de proyectos nuevos durante sus años de jubilación, los patrones sociales se encargarán de hacerle sentir inútil. Sea cual sea el estilo de vida de la persona jubilada, el autor antes mencionado considera que siempre habrá pérdida, pero que dependiendo de la capacidad para resolverla ésta puede generarle crecimiento.

PLAN DE VIDA

El plan de vida es una herramienta que pretende apoyar el crecimiento personal, identificando las metas que deseamos conseguir y reconocer las capacidades que poseemos. (18)

El proceso de vida representa la capacidad de anticipar, en general constituye lo que se quiere ser. Construir un proyecto de vida forma parte del proceso de maduración y crecimiento del ser humano, involucra la capacidad de elegir y ser consciente del proceso de tomar decisiones (19)

La construcción de proyectos de vida se relaciona con distintos elementos de orden psicosocial que constituyen al ser humano, tales como: el contexto familiar, laboral, educativo, valores, condición de vida, experiencia, etapa vital, identidad, condición psicológica y situación socioeconómica.

D' Angelo Hernández establece que para analizar los proyectos de vida se debe comprender la situación social del desarrollo, término que se considera la posición externa y la experiencia personal del individuo.

Para Boutinet, el proyecto de vida se compone de dimensiones:

- **Dimensión biológica:** el proyecto se concibe como una necesidad de evolución humana, de cambio.
- **Dimensión existencial:** resalta el sentido de la vida y la experiencia.
- **Dimensión cultural:** el sujeto es participe de la innovación y reconstrucción de su entorno.
- **Dimensión práctica:** permitirá la confrontación de los individuos con la realidad.

PLAN DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Ciano y Gavilán (2010), reportan en una investigación sobre la orientación del proyecto de vida en adultos mayores en Argentina, que las personas adultas mayores orientan sus proyectos de vida principalmente a las actividades educativas, seguido de los proyectos personales y finalmente existe escasa orientación hacia proyectos laborales; sin embargo, en Perú son escasos los estudios que abordan la temática en la población adulta mayor.

Según Elizabeth Manríquez (2016), tiene como dimensiones

- Plan Laboral
- Plan Formativo
- Plan Personal

Las cuales fueron tomadas para nuestro presente trabajo para la encuesta del plan de vida.

- PLAN LABORAL

Estar inmerso en el mundo laboral resulta un factor que influye en la constitución de los individuos, repercute en la construcción de la identidad e influye en la percepción de su papel dentro de este ámbito en el que puede posicionarse como incluido o excluido (Casullo, 1994).

El proyecto laboral comienza con la educación o trayectoria escolar previa a la inserción de las personas al mundo laboral, de acuerdo con Vázquez Gómez (1982), el proyecto laboral cuenta con las siguientes características:

- Es integrador o diferenciador de las características personales del sujeto
- Libre y flexible, el adulto mayor trabajará
- La educación como proyecto de vida y laboral
- Práctico y productivo

- PLAN FORMATIVO

Es un proyecto a corto plazo que establece las bases del desarrollo profesional y personal. En adultos mayores se dirige a dedicar el tiempo libre diversas actividades referentes a aspectos de la vida del ser humano como el ámbito espiritual, lo social, lo psicológico, intelectual, la parte física y cultural (Bonilla & Mata, 1998; Zuazua Iriondo, 2007).

Esta dimensión se relaciona con las capacidades y desarrollo de habilidades en la adultez mayor, esto remite a el concepto de aprendizaje, y desarrollo cognitivo en los adultos mayores ya mencionado en apartados anteriores. En este sentido, en la actualidad se ha pugnado por hablar del aprendizaje a lo largo de la vida, el cual se define como: "...un principio organizativo de todas las formas de educación (formal, no formal e informal) con componentes mejor integrados e interrelacionados" (UNESCO, 2016), la intención de esta perspectiva es posicionar el aprendizaje fuera de las instituciones de educación formal e incluir las actividades relacionadas con el contexto y situación de cada sujeto que contribuyen a la formación del ser humano

- PLAN PERSONAL

El proyecto personal remite a la reflexión de los motivos que dirigen la acción del sujeto; es decir, sobre lo que es importante en su vida, cuestionándose sobre el significado y su origen. Es un proyecto a largo plazo. Se expresa en términos de desarrollo personal, de autorrealización, de valores a defender, de la razón de vivir y de estilo de vida. (Guichard, 1995; Zuazua Iriondo, 2001).

Cada persona es un ser individual dotado de características irrepetibles y por ende con un estilo de vida diferente. La vida requiere estar en constante resolución de problemas en diferentes situaciones, el estilo de vida salta a la vista cuando nos enfrentamos a nuevos retos que generan sentimientos de inseguridad; es esta experimentación de vulnerabilidad la que nos empuja a cambiar de rumbo o fijar un objetivo en la vida.

ADULTO MAYOR

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. ⁽²³⁾

Clasificación

La OMS considera a las personas de 60 a 74 años como edad avanzada, de 75 a 90 como viejos o ancianos y a las que sobrepasan los 90 años les denomina grandes viejos o grandes longevos. ⁽²³⁾

Según La Valoración Clínica del Adulto Mayor – VACAM, se clasifica en ⁽²⁴⁾:

a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable. - Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas sub aguda o crónicas y con examen físico normal. No presenta patología, está saludable.

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

c) Persona Adulta Mayor Frágil o de alto Riesgo. - Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- **Edad:** 80 años a más
- **Dependencia parcial o total** (Índice de Katz)
- **Deterioro cognitivo leve, moderado o severo** (Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer)
- **Manifestaciones depresivas** (Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage)
- **Problema social** (Escala de valoración sociofamiliar)

- **Caídas:** más de 1 caída en el año, o 1 caída en el último mes
- **Pluripatología:** 3 o más enfermedades crónicas
- **Enfermedad terminal:** Neoplasia avanzada, demencia grave, otra de pronóstico vital menor de 6 meses
- **Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional:** ACV con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca reciente, insuficiencia renal, enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular, déficit visual, hipoacusia, etc.
- **Polifarmacia:** Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- **Hospitalización** en los últimos 12 meses
- **Índice de Masa Corporal (IMC)** menor de 20

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

- Edad: 80 años a más
- Presenta pluripatología: tres o más enfermedades crónicas
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Existe patología mental acompañante o predominante
- Existe problema social (Hay problemática social en relación con su estado de salud) ⁽²⁴⁾

ENVEJECIMIENTO

Para Bernis (2004), el envejecimiento es un proceso biológico, intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados, que además es universal e irreversible y determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del

tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (Moragas, R., 1991)

La diversidad que se aprecia en la vejez no es cuestión de azar. En gran medida se debe a los entornos físicos y sociales de las personas, puesto que ese entorno influye en sus oportunidades y sus hábitos de salud. La relación que mantenemos con nuestro entorno viene determinada por características personales, como la familia en la que nacimos, nuestro sexo y etnia, que dan lugar a inequidades de salud. La diversidad que se da en la vejez se debe en gran medida a los efectos acumulados de esas inequidades sanitarias a lo largo de la vida. Deben instaurarse políticas de salud pública que reduzcan, más que refuercen, dichas inequidades (25.)

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Existen determinadas teorías que explican la causa del envejecimiento para que podamos entender mejor este proceso. Estas teorías se dividen en tres tipos: Las biológicas, las psicológicas y sociales.

Teorías biológicas: Basadas en la explicación del envejecimiento de órganos y sistemas. (Moragas, R.,1991)

- Daño del ADN; Mutaciones genéticas y deterioro celular por la edad.

- Oxidación humana; agresión del ambiente alterando el organismo a envejecer.
- Teoría del desgaste; células y órganos se desgastan por los años de uso.
- Longevidad programada; códigos genéticos preparados para la muerte.
- Factor endocrino; las hormonas controlan el paso del tiempo.
- Factor inmunológico; disminución del sistema inmune produce vulnerabilidad.

Teorías Psicológicas: Teorías centradas en aspectos de personalidad y cognitivas

- Teoría de Integridad del ego; Aceptación de lo que ha venido siendo hasta estos momentos su vida pasada y actual. (Erickson)
- Teoría de la desesperación; conflictos e insatisfacción por la manera en que se ha vivido la vida. (Erickson)
- Teoría del individualismo del Jung; Según Carl Gustav Jung existe un cambio de enfoque que va desde el mundo externo hacia la experiencia interior busca respuestas en la introspección y contemplación.
- Desarrollo de tareas y vejez de Peck, se debe desarrollar la habilidad para redefinirse y alcanzar un significado personal. (Robert Peck)

Teorías Sociales: Teorías centradas en la relación y estatus que tiene las personas ancianas.

- Teoría Adaptativa; como se adapta el adulto mayor al final de la vida y como el ambiente influye en el proceso.
- Teoría de la modernización; se deja a un lado el estatus que antes se tomaba del adulto mayor como símbolo de sabiduría y experiencia
- Teoría de la continuidad; mantener hábitos, valores y preferencias para consolidar una estructura en la edad adulta, predecir cómo será la vida adulta
- Teoría de la actividad; un envejecimiento sano y exitoso proviene de tener siempre una actividad consecuente, involucración al mundo e interacción social. (25)

2.2. PROBLEMA

Ocampo, 2004 citado por Duran, 2008 mencionan que, la adultez mayor se ha asociado a la pérdida de capacidades (más relacionadas con el aspecto físico); en estos casos, los estereotipos de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado a que las personas experimenten algo de temor ante la llegada de esta etapa, que puede llevar incluso hasta el aislamiento social ⁽⁵⁾. La persona adulta mayor no siempre está enferma, ya que con el apoyo de la familia puede llevar una buena calidad de vida, ante los primeros cambios físicos surge la alerta del envejecimiento y se confunde como sinónimo de enfermedad y hasta de inutilidad, de ahí la importancia de educar a la familia y a la sociedad que los adultos mayores también pueden tener un envejecimiento exitoso y con un plan de vida que les permita estar activos y productivos.

De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo ⁽²⁶⁾, y es que el adulto mayor como ser humano debe estar en contacto con otras personas para socializarse y así mejorar la calidad de vida, para esto es necesario las redes de apoyo, siendo como principal soporte la familia.

La situación sociofamiliar del adulto mayor involucra factores de riesgo y de protección teniendo en cuenta las interacciones sociales, aspectos económicos, relaciones familiares y vivienda ⁽²⁶⁾. Es muy importante considerar la situación sociofamiliar del adulto mayor para mejorar la calidad de vida ya que está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar social.

La definición más aceptada de la familia es de varias personas relacionadas por lazos de parentesco, consanguinidad, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas ⁽²⁷⁾. La familia del adulto mayor debe brindar apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencial en diversas formas.

Los factores Sociofamiliares son características que permiten establecer la relación entre adulto mayor, entorno social, cultural y familiar que lo rodea ⁽²⁷⁾; el conocimiento de la funcionalidad social del adulto mayor es sumamente importante para un abordaje integral adecuado ya que permite identificar conductas o hábitos no adecuados, recursos reales o potenciales que pueden constituir ser el soporte necesario.

No todo adulto mayor recibe el soporte familiar y no todos cuentan con un plan de vida que es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones fundamentales y en las áreas críticas que requieren decisiones vitales. De esta manera, la configuración, el contenido y la dirección del plan de vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados con la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y las tareas en una sociedad dada ⁽²⁸⁾. Muchas veces el adulto mayor recae en la crianza de los nietos; abuso y explotación por parte de su familia para que sigan trabajando como un medio de ingreso.

Durante nuestras prácticas pre profesionales los adultos mayores acuden a recibir atención médica por parte del personal de salud, algunos vienen solos otros en compañía, algunos continúan trabajando en forma particular, otros refieren que quieren seguir trabajando porque les da vergüenza pedir a sus hijos.

Ante esta realidad surge las siguientes preguntas ¿Cuál es su realidad social? ¿Tiene apoyo de la familia? ¿Tienen algún plan de vida? ¿Por qué quieren seguir trabajando? ¿Qué factores Sociofamiliares contribuyen a su plan de vida?

Formulación del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre factores Sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris-2018?

2.3. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

- ✓ Existe relación significativa entre los factores Sociofamiliares y el Plan de vida del Adulto mayor.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- ✓ El 73.5% de adultos mayores del centro de salud presentan riesgo socio familiar.
- ✓ El 53.1% de los adultos mayores no identifican tener un plan de vida.

2.4. OBJETIVOS

- ✓ Determinar la relación que existe entre los factores Sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris-2018.

Objetivos específicos.

- ✓ Identificar el diagnostico Sociofamiliar del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris – 2018.
- ✓ Identificar el plan de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud Paul Harris - 2018.

2.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Desde el punto de vista social: Mediante este trabajo se busca entender el impacto que tiene la sociedad en la programación y ejecución del Plan de Vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris en el 2018, ya que actualmente, podemos esperar vivir hasta más de setenta años y esto brinda una oportunidad no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto.

Desde el punto de vista científico: La ejecución de este proyecto de tesis beneficiara directamente al Adulto mayor que acude al Centro de Salud Paul Harris y servirá como herramienta para los diversos profesionales en salud de esta y otras instituciones con el fin de mejorar la calidad de vida de este grupo etario; ya que se evaluará características que dependerá de la personalidad que tenga, del ambiente que lo rodea y del modo de vida que lleve, y no de la edad, si se mantiene con buena salud. A lo largo de la vida hemos contado con distintos procesos autorreguladores, siendo uno de los más importantes la elaboración de proyectos de vida, y estudiaremos los estímulos necesarios para llevarlo a cabo. ⁽⁹⁾ Además, los adultos mayores son fuente de conocimientos y experiencias, transmiten cultura y tienen potencial educador que debe ser aprovechado por el resto de las generaciones para crecer como sociedad.

Desde el punto de vista legal: En el 2016 se promulgo la Ley de la persona adulta mayor (Ley N°30490) ⁽¹⁰⁾, por lo que es importante conocer esta norma para darles el lugar que merecen en la sociedad, tomar conciencia de la importancia de esta población, reforzar los valores, respeto y buen trato. El presente trabajo de investigación busca además ayudar a promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud. Hay que tratarlos como queremos ser tratados en el futuro.

2.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de Medición
Independientes Factores sociofamiliares	Situación que se presentan dentro de la familia y el entorno social en las cuales el sujeto se ve inmerso generando cambios en la dinámica familiar y la forma de relacionarse con su grupo	Representa las características sociofamiliares en un determinado grupo de familias con el estudio de la escala de Gijón teniendo como resultado la situación sociofamiliar del adulto mayor.	Situación familiar	Buena aceptable situación social (5 a 9 ptos.)	Valoración sociofamiliar (Escala de Gijón)
			Situación económica	Riesgo social (10 a 14 ptos.)	
			vivienda	Problema social (Mayor o igual a 15 ptos.)	
			Relaciones sociales		
			Apoyo de la red social		
Dependiente Plan de Vida del adulto mayor	El plan de vida es una herramienta que pretende apoyar el crecimiento personal, identificando las metas que deseamos conseguir y reconocer las capacidades que poseemos.	Es el desarrollo de la personalidad hasta alcanzar la madurez y en consecuencia altos niveles de salud y bienestar, deviene un complejo proceso a lo largo de todo el ciclo vital de una persona.	Tiempo libre	Tiene un plan	Encuesta
			Plan formativo	No tiene plan	
			Plan laboral	No sabe	
			Plan Personal		

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Investigación

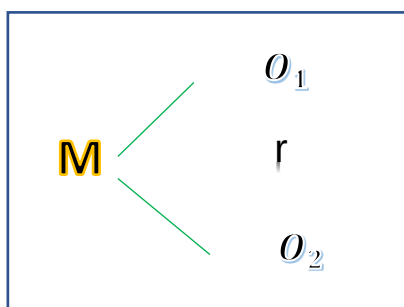
Investigación Cuantitativa - Descriptiva de corte transversal.

Descriptiva porque describe y habla ampliamente sobre los factores sociofamiliares y el plan de vida del Adulto Mayor, y de corte transversal porque analizaremos datos de las variables recopiladas en un determinado tiempo, el cual nos basaremos en la muestra de una población elegida.

3.2. Diseño de contrastación de Hipótesis

Método no experimental– transeccionales correlacional/causal, porque vamos a relacionar nuestras variables en un tiempo determinado, sin ninguna alteración durante el estudio realizado.

Esquema:



Donde:

M: Representa a los Adultos Mayores.

O₁: Representa a los Factores socio familiares.

O₂: Representa al Plan de Vida del Adulto Mayor.

r: Relación.

3.3. Población y Muestra

N = 100; La población está conformada por 100 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Paul Harris durante el periodo de Mayo – octubre 2018

3.4. Tipo de muestreo, tamaño de muestra.

n = 49; Es el sub conjunto o parte del universo seleccionado o población por métodos diversos o por el estadístico uso de tablas como Tabla Fisher – Arkin – Colton considerando el porcentaje de error. (Ñaupas et, al, 2014) Metodología de la investigación (p.241)

Fórmula para el cálculo (p. 139).

$$n = \frac{z^2 pqN}{z^2 (N-1) + z^2 pq}$$

La muestra n = 49

Cuando se conoce la población donde

- ☐ n = tamaño de la muestra
- ☐ Z = nivel de confianza = 1.64
- ☐ p = probabilidad o porción 50 % = 0.5
- ☐ q = variable negativa se obtiene calculando q = 1- p = 0.5
- ☐ E = error = 0.1
- ☐ N = Tamaño de la población = 100

Solo se tomó el sub conjunto, o parte de universo o población seleccionado

Mediante la fórmula o procedimiento matemático - Estadístico teniendo en cuenta la representatividad del universo ver formula donde desarrollo $n = 49$

Tamaño de la población (N)	100
Nivel de confianza ($1 - \alpha$)	90%
Z ₀ (Valor tabular normal estándar)	1.64
Tamaño Optima de la muestra (n')	49

Muestreo: en esta investigación se utilizó el muestreo aleatorio.

3.5 Criterios de selección

Los criterios de selección de la muestra se realizan definiendo la unidad de análisis sabiendo donde se realizará y con quien realiza la recolección de datos en este caso en centro de salud de Paul Harris de José Leonardo Ortiz usamos un muestreo aleatorio. Dependiendo siempre del problema que estamos investigando y los objetivos de investigación.

Según Gabaldon (1969, citado por Balestrini, 2007), es una parte de la población, seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. Con el fin de investigar las propiedades de una población (p.141)

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de Gabinete.

“Permite recopilar toda clase de información teórica – científica la cual permite estructurar el marco teórico y así orientar con eficacia nuestro trabajo de investigación (Bruce, 2008).

Búsqueda de información: En base al perfil de la tesis se realizó consultas a fuentes secundarias como libros, investigaciones y en medios electrónicos para el desarrollo del marco teórico sobre los factores sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor.

Identificación de las variables: Se definió con precisión tanto las variables como sus indicadores en base a la información recolectada.

Definir el diseño metodológico: en base al tipo de población que posee

El instrumento que se utilizará será la escala del Gijón identificando los factores sociofamiliares profundizando con una entrevista estructurada de preguntas sobre el plan de vida del adulto mayor con cuatro indicadores; Tiempo libre, Plan personal, Plan formativo y Plan Laboral validadas por expertos.

En el presente estudio de investigación se utilizará la técnica de la encuesta, previo consentimiento informado, se invitará al adulto mayor a que responda las preguntas previamente elaborados y en secuencia lógica, explicando para aclarar cualquier duda.

Criterios de inclusión:

Edades comprendidas a partir de 60 años

Está conformado por la población de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Paul Harris.

Criterios de exclusión:

Edades comprendidas menores de 60 años.

3.7 Procedimientos.

Procedimiento de información:

Pregunta

Respuesta

¿Para qué?	Para profundizar los conocimientos relacionados a la investigación.
¿A quiénes?	A todo el adulto mayor que se atienden en la posta de Paul Harris de José Leonardo Ortiz
¿De qué tema?	Relación que existe entre los factores socio familiar y el plan de vida del adulto mayor del centro salud Paul Harris 2018
¿Quién lo Realiza?	Las tesistas
¿Cuándo?	En el tiempo programado y ficha pactada.
¿Lugar?	En el centro salud de Paul Harris
¿Técnicas?	Encuestas
¿Como?	Por medio de un cuestionario de preguntas.

3.8. Análisis estadístico

En estadística, el coeficiente de correlación de Pearson es una medida lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. A diferencia de la covarianza, la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables.

De manera menos formal, podemos definir el coeficiente de correlación de Pearson como un índice que puede utilizarse para medir el grado de relación de dos variables siempre y cuando ambas sean cuantitativas y continuas.

En el presente trabajo de investigación se utilizará la estadística descriptiva para el análisis invariado mediante frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar, y para el análisis de la relación entre factores Socio familiares y el plan de vida del adulto mayor del centro de salud Paul Harris se utilizará la estadística paramétrica

Los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos muestrales serán tabulados e ingresados a los programas de computación (Excel y el SPSS versión 24) y serán procesados como informaciones en forma de cuadros, gráficos, etc.

IV. Resultados

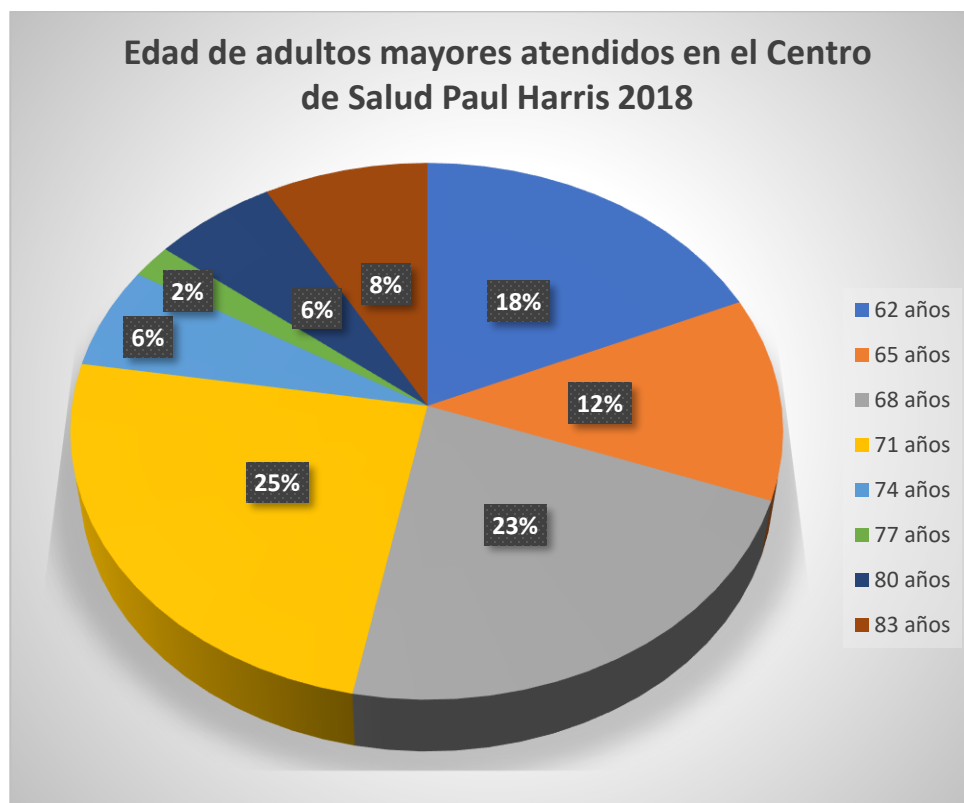
4.1. Resultados del plan de vida del adulto mayor

Tabla N° 1. Edad de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018

<i>Edad</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
62 años <	65	9	18.4
65 años <	68	6	12.2
68 años <	71	11	22.4
71 años <	74	12	24.5
74 años <	77	3	6.1
77 años <	80	1	2.0
80 años <	83	3	6.1
83 años <	86	4	8.2
Total		49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N° 1. Edad de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

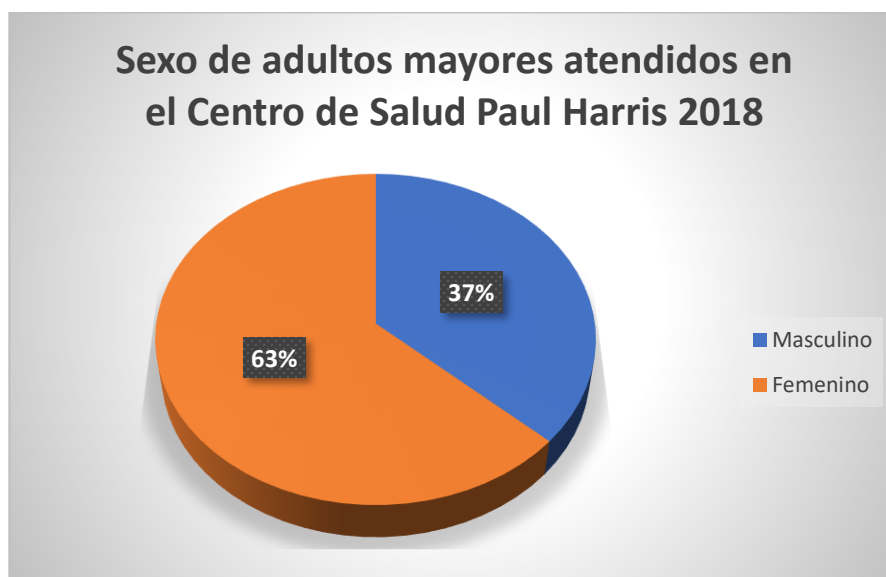
Según el gráfico 1. Con respecto a la edad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 25% de ellos manifestaron tener una edad entre mayor o igual a 71 años y menor o igual a 74 años, el 23% manifestó tener una edad mayor o igual a 68 años y menor o igual a 71 años, el 18% manifestó tener una edad mayor o igual a 62 años y menor o igual a 65 años, el 8% de ellos manifestaron tener una edad menor o igual a 86 años y mayor o igual a 83 años. El 6% de ellos manifestaron tener edades mayores o igual a 74 años y menor o igual a 77 años, el otro 6% manifestó tener edades mayores o igual a 80 años y menor o igual a 83 años y por último el 2% de ellos manifestaron tener edad mayor o igual a 77 años y menor o igual a 80 años.

Tabla N° 2. Sexo de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Masculino	18	36.7
Femenino	31	63.3
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N° 2. Sexo de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul 2018.



Interpretación

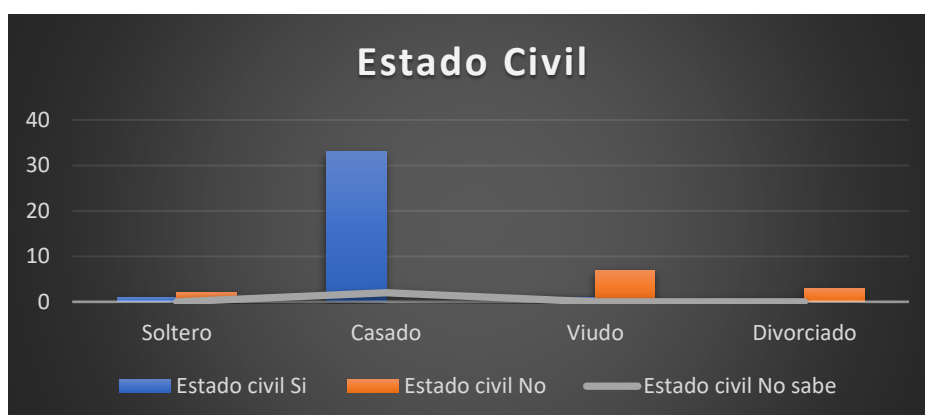
Según el gráfico N° 2. Con respecto al Sexo de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018. El 63% de ellos manifestaron ser de sexo Femenino, y por último el 37% de ellos manifestaron ser de sexo masculino.

Tabla 3. Estado civil de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Opciones	Estado civil			Frecuencia	Porcentaje
	Si	No	No sabe		
Soltero	1	2	0	3	6.0
Casado	33	0	2	35	72.0
Viudo	1	7	0	8	16.0
Divorciado	0	3	0	3	6.0
Total	35	12	2	49	100

Fuente: datos obtenidos por encuesta – 2018

Gráfico N° 3. Estado civil de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

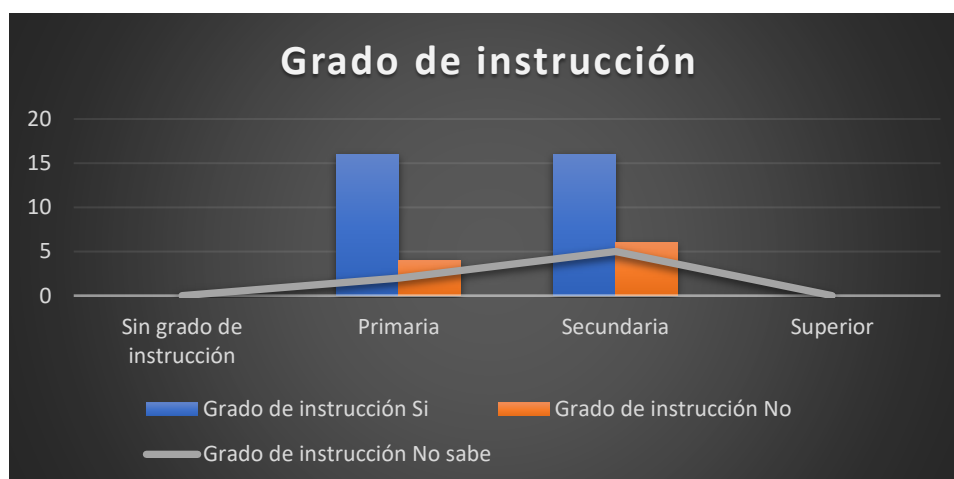
Según el gráfico 3. Con respecto al estado civil de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 72% de ellos manifestaron que están casados, asimismo el 94% de casados manifestaron que SI están satisfechos con su pareja y el 6% manifestó que NO SABE; el 16% de ellos manifestó que están viudos, asimismo el 87.5% de viudos manifestó que NO se volverían a casar y el 12.5% manifestó que SI se volvería a casar; el 6% de ellos manifestaron que están divorciados, asimismo el 100% de divorciados afirmó que NO se volverían a casar; y por último el 6% de ellos manifestaron estar solteros, afirmando el 67% de solteros que NO se desean casar y el 33% manifestó que SI se volvería a casar.

Tabla N° 4. Grado de instrucción de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Opciones	Grado de instrucción			Frecuencia	Porcentaje
	Si	No	No sabe		
Sin grado de instrucción	0	0	0	0	0.0
Primaria	16	4	2	22	44.9
Secundaria	16	6	5	27	55.1
Superior	0	0	0	0	0.00
Total	32	10	7	49	100

Fuente: datos obtenidos por encuesta – 2018

Gráfico N° 4. Grado de instrucción de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

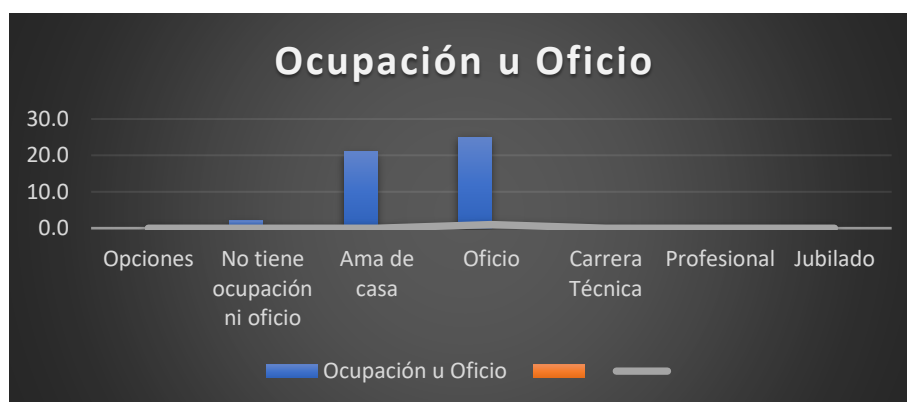
Según el gráfico 4. Con respecto al grado de instrucción de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 55% de ellos manifestaron que tienen secundaria, asimismo el 22.2% que tiene secundaria manifestaron que NO les gustaría continuar estudiando, el 59.3% manifestó que SI les gustaría continuar estudiando y por último el 18.5% manifestaron que NO SABE si les gustaría continuar estudiando, y por último el 45% de ellos manifestaron tener primaria, asimismo 72.7% que tiene primaria manifestó que SI continuaría estudiando, el 18.2% manifestó que NO continuaría estudiando y el 9.1% manifestó que NO SABE si les gustaría continuar estudiando.

Tabla N° 5. Ocupación u oficio de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Opciones	Ocupación u Oficio			Frecuencia	Porcentaje
	Si	No	No sabe		
No tiene ocupación ni oficio	2	0	0	2	4.1
Ama de casa	21	0	0	21	42.9
Oficio	25	0	1	26	53.1
Carrera Técnica	0	0	0	0	0.0
Profesional	0	0	0	0	0.0
Jubilado	0	0	0	0	0.0
Total	48	0	1	49	100

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N° 5. Ocupación u oficio de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

Según el gráfico 5. Con respecto a la ocupación u oficio de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 53% de ellos manifestaron que tienen oficio, asimismo el 96.2% afirmaron que SI les gustaría realizar otro tipo de trabajo y el otro 3.8% afirmaron que NO SABE si le gustaría realizar otro tipo de trabajo; el 43% manifestó que son Ama de casa, a su vez las amas de casa el 100% afirmaron que SI les gustaría trabajar en otra actividad y por último el 4% de ellos manifestaron que No tienen ocupación u oficio, asimismo el 100% manifestó que SI les gustaría trabajar.

Tabla N° 6. Actividades que realiza en tiempo libre de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Actividades que realiza en su tiempo libre					
Opciones	Si	No	No sabe	Frecuencia	Porcentaje
Ve televisión	9	0	0	9	18.4
Asiste a fiestas	3	0	0	3	6.1
Viaja	6	0	0	6	12.2
Hace deporte	2	0	0	2	4.1
Asiste a un grupo social	4	0	0	4	8.2
Va de paseo	4	0	0	4	8.2
Cuida a sus nietos	21	0	0	21	42.9
Total	49	0	0	49	100.00

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N° 6. Actividades que realiza en tiempo libre de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

Según el gráfico 6. Con respecto a las Actividades que realiza en tiempo libre de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 43% de ellos manifestaron que Cuidan a sus nietos, asimismo el 100% de ellos manifestaron que SI les gustaría realizar otra actividad; el 19% manifestó que ve televisión, asimismo el 100% de ellos manifestaron que SI les gustaría realizar otra actividad; el 12% manifestó que viaja, asimismo el 100% de ellos manifestaron que SI les gustaría realizar otra actividad; el 8% manifestó que asiste a un grupo social y asimismo el 100% de ellos manifestaron que SI les gustaría realizar otra actividad; un 8% manifestó que van de paseo, q asimismo el 100% de ellos manifestaron que SI les gustaría realizar otra actividad; el 6% manifestó que asiste a fiestas, el 100% afirmaron que SI les gustaría hacer otra actividad y por último el 4% de ellos manifestaron que hacen deporte, el 100% manifestaron que SI les gustaría hacer otra actividad.

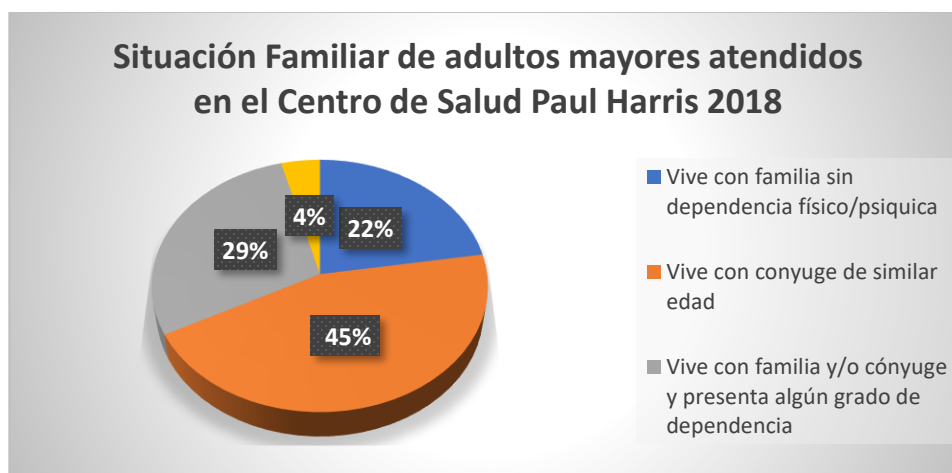
4.2. Resultados de los factores Socio familiares

Tabla N°7. Situación Familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

<i>Situación Familiar</i>		
<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	11	22
Vive con cónyuge de similar edad	22	45
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	14	29
Vive solo y tiene hijos próximos	2	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	0	0.0
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N°7. Situación Familiar de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

Según gráfico 7. Con respecto a situación familiar de adultos mayores atendidos en el centro de Salud Paul Harris 2018, el 45% de ellos manifestaron que vive cónyuge de similar edad, el 29% de ellos viven con familiar y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia, el 22% de ellos manifestaron que viven con familia sin dependencia, y por último el 4% de ellos vive solo y tiene hijos próximos.

Tabla N°8. Situación Económica en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Situación Económica		
<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Más de 50 soles	3	6.1
Entre 100 a 200	18	36.7
Entre 300 a 400	27	55.1
Recibe o recibió el salario mínimo o pensión mínima.	0	0.0
No recibe pensión, otros ingresos.	1	2.0
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N°8. Situación Económica de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

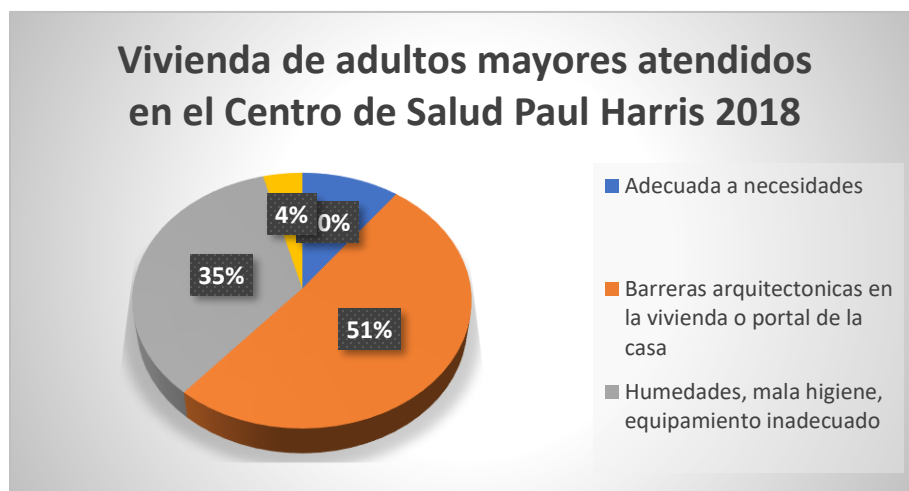
Según el gráfico 8. Con respecto a la situación económica de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 55% de ellos su situación económica es desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva, el 37% de ellos manifestaron que, desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo, el 6% manifestó tener una situación económica más de 1,5 veces el salario mínimo, y por último el 2% manifestó no tener ingresos.

Tabla N°9. Vivienda en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Vivienda		
<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Adecuada a necesidades	5	10.2
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa	25	51.0
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	17	34.7
Ausencia ascensor, teléfono	2	4.1
Vivienda inadecuada	0	0.0
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico N°9. Vivienda de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

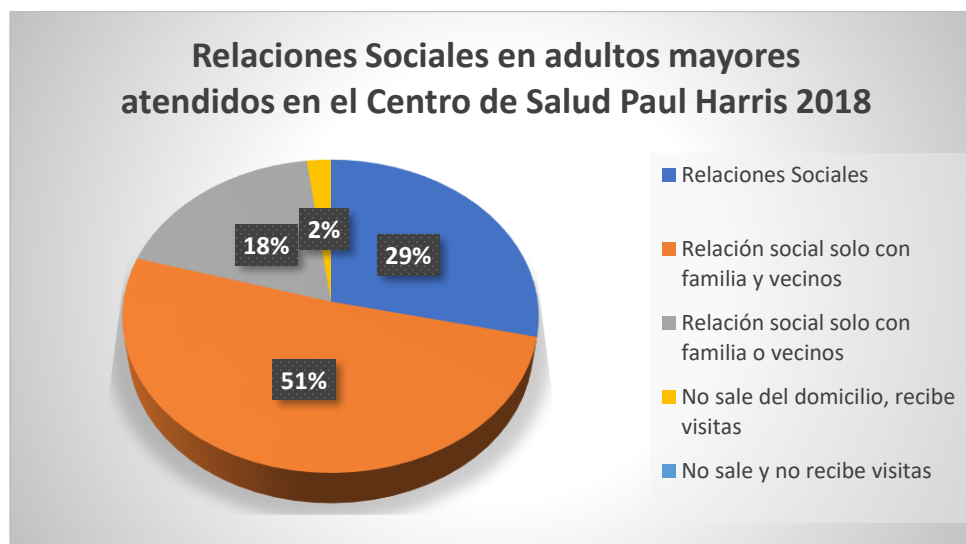
Según el gráfico 9. Con respecto a la Vivienda en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 51% manifestaron tener barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa, el 35% de ellos manifestaron que sus viviendas presentan humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado, el 10% manifestó que sus viviendas están adecuada a necesidades, y por último el 4% manifestó que presenta ausencia ascensor y teléfono.

Tabla 10. Relaciones Sociales en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Relaciones Sociales		
<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Relaciones Sociales	14	28.6
Relación social solo con familia y vecinos	25	51.0
Relación social solo con familia o vecinos	9	18.4
No sale del domicilio, recibe visitas	1	2.0
No sale y no recibe visitas	0	0.0
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico 10. Relaciones Sociales en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

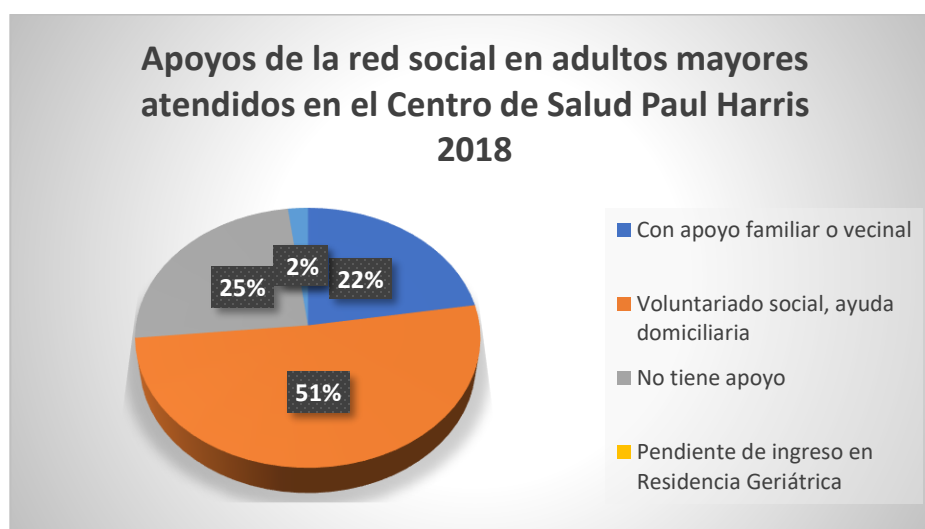
Según el gráfico 10. Con respecto a las relaciones sociales en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 51% manifestó tener relación social solo con familia y vecinos, el 29% manifestó tener relaciones sociales, el 18% manifestó tener relación social solo con familia o vecinos y por último el 2% manifestaron que no salen del domicilio, porque recibe visitas.

Tabla 11. Apoyos de la red social en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

Apoyos de la red Social		
<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Con apoyo familiar o vecinal	11	22.4
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	25	51.0
No tiene apoyo	12	24.5
Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica		
Geriátrica	0	0.0
Tiene cuidados permanentes	1	2.0
Total	49	100.0

Fuente: datos obtenidos por encuesta - 2018

Gráfico 11. Apoyos de la red social en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.



Interpretación

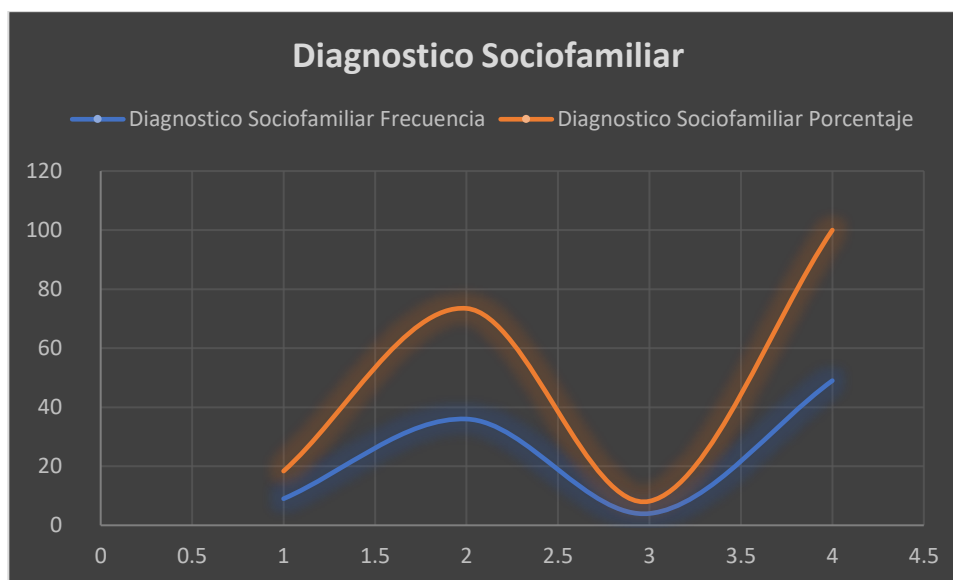
Según el gráfico 11. Con respecto al apoyo de la red social en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, el 51% manifestó que recibe voluntariado social, y ayuda domiciliaria, el 25% de ellos manifestó que no tiene apoyo, el 22% manifestó que cuenta con apoyo familiar o vecinal y por último el 2% manifestó que tiene cuidados permanentes.

Tabla 12. Diagnostico Sociofamiliar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018.

<i>Opciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Buena/aceptable situación social	9	18.4
Existe riesgo social	36	73.5
Problema social	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Datos obtenidos por encuesta

Gráfico 12. Diagnostico Sociofamiliar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018



Interpretación

Según el gráfico 12. Con respecto a la valoración socio-familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Paul Harris 2018, se obtuvo los siguientes resultados: el 73.5% de ellos manifestaron según la escala de GIJON existencia de Riesgo Social, el 18.4% manifestaron según la escala de GIJON una aceptable situación social y por último el 8.2 manifestaron existencia de problema social.

Tabla 13

Tabla 14. Chi – Cuadrado para Determinar la relación entre los factores sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Paul Harris 2018

Situación Económica*Ocupación u oficio tabulación cruzada

			Ocupación u oficio			Total
			1	2	3	
Situación Económica	1	Recuento	0	1	2	3
		Recuento esperado	,1	1,3	1,6	3,0
	2	Recuento	1	7	10	18
		Recuento esperado	,7	7,7	9,6	18,0
	3	Recuento	1	12	14	27
		Recuento esperado	1,1	11,6	14,3	27,0
	5	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	,0	,4	,5	1,0
Total	Recuento	2	21	26	49	
	Recuento esperado	2,0	21,0	26,0	49,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,840 ^a	6	,034
Razón de verosimilitud	2,313	6	,889
Asociación lineal por lineal	,606	1	,436
N de casos válidos	49		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,04.

Interpretación

El valor de chi cuadrado es estadísticamente significativo, ya que el valor de Chi2 = 0.034, siendo menor a 0.05. Se concluye que si existe relación entre los factores sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris 2018

Mata (1993) destaquen que: La persona al jubilarse sufre pérdidas dolorosas, que afectan sobre todo su autoestima, como son: la pérdida del rol social y laboral, amigos, compañeros y estatus. Y aunque la persona llene su vida de proyectos nuevos durante sus años de jubilación, los patrones sociales se encargarán de hacerle sentir inútil. Sea cual sea el estilo de vida de la persona jubilada, el autor antes mencionado considera que siempre habrá pérdida, pero que dependiendo de la capacidad para resolverla ésta puede generarle crecimiento. Plan de vida

V. Discusión

En la presente investigación “Factores Sociofamiliares y el Plan de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud “Paul Harris” - 2018”, con el objetivo general: Determinar la relación que existe entre los Factores Sociofamiliares y el Plan de vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Paul Harris-2018. Se evidencia en la tabla n°13 que el valor del coeficiente de la relación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), es decir que existe relación entre los Factores Sociofamiliares y el plan de vida del adulto mayor del Centro de Salud Paul Harris-2018”, en la revisión bibliográfica no se obtuvieron otros estudios que permitieran comparar los resultados relacionados con nuestro objetivo.

Respecto al primer objetivo específico; Identificar el diagnóstico Sociofamiliar del adulto mayor en el Centro de Salud Paul Harris – 2018.

Podemos observar en la tabla N° 12 que el 73.5% de adultos mayores presentan un riesgo social, el 8.2 tienen un problema social y el 18.5 una aceptable situación social.

Estos resultados coinciden con la investigación de ROMÁN R, QUIROZ L 2012 – 2013, LIMA donde se puede apreciar que el 13,7 % presentan problema social y 50 % se encuentran en riesgo social.

El segundo objetivo específico; Identificar el plan de vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Paul Harris - 2018. En la tabla N° 14 podemos observar que el 26.5% de adultos mayores si tienen un plan de vida, el 53.1% no tienen un plan de vida y el 20.4% no saben que es un plan de vida. Estos resultados coinciden con el estudio de RAMIREZ M. Y PÉREZ B. (2015) donde se puede apreciar que los adultos mayores el 70% planteó no tener proyectos de vida y el 30% planteó si tener proyectos de vida.

VI. Conclusiones

- Se determinó la relación entre los Factores Sociofamiliares y Plan de vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud “Paul Harris” - 2018, se denota que si existe relación esto quiere decir que mientras exista un riesgo social nuestros adultos mayores no podrán concluir su plan de vida.
- Se identificó el diagnóstico Sociofamiliar del Adulto Mayor del Centro de Salud “Paul Harris” – 2018. Donde se obtuvo distintos resultados donde el mayor porcentaje según la escala de Gijón, fue con un 73.5% de adultos mayores con problema de riesgo social.
- Se identificó el Plan de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud “Paul Harris” - 2018. Dando resultados distintos en cuanto a las variables: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación u oficio y actividades que realiza en tiempo libre, donde la respuesta más destacada fue que cuidan a sus nietos apoyando a sus hijos.

VII. Recomendaciones

- Realizar sesiones educativas con alcances comunitarios es una de las actividades de enfermería más importantes para favorecer el rol familiar; a partir de las organizaciones sociales (centros de salud, escuelas, clubes, hospitales, iglesias, universidades).
- Se recomienda al Centro de Salud, continuar con el trabajo que se realiza en bien del adulto mayor, integrando actividades de micro emprendimientos de acuerdo a su edad donde puedan compartir experiencias y actividades recreativas que les permita socializarse y opinar sin miedos.}
- Promover y difundir los derechos de las personas Adultas Mayores a través de sesiones educativas tanto a la familia como a la comunidad y así poder concientizar a las personas de lo importante que es tener a lado a un adulto mayor.
- Realizar un programa de intervención junto con la familia donde se mejore y refuerce las relaciones familiares con el adulto mayor y puedan comprender por ambas partes que se necesitan uno al otro, previniendo el aislamiento social del adulto mayor.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (2016). "Envejecimiento y ciclo de vida". Citado el 12 de setiembre 2018. OMS. Disponible en la página web: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. Páez, D. (2018). "La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica". Citado el 12 de setiembre 2018. Latín American Post. Disponible en la página web: <https://latinamericanpost.com/es/20266-la-realidad-de-los-adultos-mayores-en-latinoamerica>.
3. Huenchuan, S. (2013). "Los derechos de las personas mayores". Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). 2013 Naciones Unidas. Disponible en la página web: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). "Situación de la Población Adulta Mayor. Indicadores del Adulto Mayor. Enero- febrero-marzo 2018". Informe Técnico, No 2 - junio 2018. Disponible en página web: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informetecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
5. FIAPAM. (2015). "El 36,1 % de los adultos mayores de Lambayeque no tiene seguro de salud". Citado el 15 setiembre 2018. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. Disponible en página web: <https://fiapam.org/el-361-de-los-adultos-mayores-de-lambayeque-no-tiene-seguro-de-salud/>
6. Ramírez M. y Pérez B. (2015). "Proyecto de vida y tercera edad. Una experiencia comunitaria". Ref. Pedag. Cuba. Disponible en la página web: rrp.cujae.edu.cu/index.php/rrp/article/download/83/102
7. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. (2013) "El papel de la familia en el envejecimiento activo" Informe The family watch – España. Disponible en página web: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>

8. Román R y Quiroz F. Situación sociofamiliar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el centro de salud Magdalena, 2012-2013. Artículo científico presentado en el V Simposio Jornada de investigación. Universidad Privada Norbert Wiener. 2012 – 2013. y Pág. 27.
9. Ramírez Espinoza Miriam R. Funcionamiento familiar y situación sociofamiliar del adulto mayor quechua hablante de la asociación rayitos de sol. [Tesis pregrado] Lurín – Lima; 2017.
10. Martha Vera Terrones (2007), en su tesis “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para así mismo y para su familia” Lima, Perú.
11. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html> Roy C. Modelo De Adaptación (en línea) noviembre de 2012. fecha de acceso 18 de abril de 2012) disponible en: http://www.hptu.org.co/hptu/images/stories/modelo_adaptacion_callistar.pdf
12. Sanchis I, La Familia Funcional. Un nuevo concepto para la familia. (Fecha De Acceso 26-04-2012). Disponible en. <Http://Aula.Almedia.Org/Departamentos/Orientacion/Actividades/Revisa2008.Pdf>.
13. Suarez M. Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. medica la paz 2014; ISSN 1726-8958 (Fecha de acceso 19-12-11) disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000100010&script=sci_arttext
14. R. Fernández-Ballesteros, de la página Web: ‘Vivir con vitalidad’: <http://www.envejecimientoactivo.es/>.
15. M. V. Zunzunegui y F. Béland, ‘Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo’. Informe SESPAS 2010 Gac. Sanit. 2010; 24 (Supl. 1): 68-73
16. M. Rodríguez Martín, ‘La soledad en el anciano’. Gerokomos 2009; 20 (4): 159-166.
17. Suarez M. Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. medica la paz 2014; ISSN 1726-8958 (Fecha de acceso 19-12-11) disponible en:

- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582014000100010&script=sci_arttext
18. https://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/lic/AE/VC/AM/AF/proyecto_de_vida_nuevo.pdf
 19. Del Mar M, Pérez D, Gázquez J & Sclavo E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health*, pp. 31-43. España.
 20. Torroella G. Lo importante es la personalidad que se es, no la edad que se tiene. <<http://saludparalavida.sld.cu/index.php>> [consulta: 9 enero 2007].
 21. Roca MA. El proyecto de vida. <<http://www.sld.cu/sitios/ponlevida/temas.php?idv=1735>> [consulta: 12 enero 2007].
 22. R. Fernández-Ballesteros, de la página Web: 'Vivir con vitalidad': <http://www.envejecimientoactivo.es/>.
 23. Sepúlveda y Rivas R. Perfil Socio- Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados: Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia. enfermería*. 2018 setiembre. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
 24. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Disponible en página web: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/800_MS-DGSP211.pdf
 25. <https://quieneseladultomayor.wordpress.com/teorias-del-envejecimiento/>
 26. Duran D. y cols. (2018) "Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores". *Univ. Psychol.* V.7 ISSN 1657-9267; 2018
 27. Mejía S; Jaimes A. y cols. (2007). "*Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México*". *Salud pública de México*, Vol.49, suplemento 4 de 2007. Cuernavaca Disponible en página web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>
 28. Varela L. (2016). "*Salud y calidad de vida en el adulto mayor*". *Rev. Perú Med. Expo. Salud Pública*. Disponible en página web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>

IX. Anexos



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TITULO DE TESIS: FACTORES SOCIO FAMILIARES Y PLAN DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS 2018

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: REQUEME JOAQUIN JAVIER
1.2 Institución donde labora: HOSPITAL ALVARO ALVARO
1.3 Nombre del instrumento:
1.4 Grado académico:

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.		X			
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.			X		
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.			X		
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.			X		
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.			X		
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.			X		
CONCISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.			X		
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.			X		
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.			X		
METODOLOGIA	Se hace posible el acopio de información con rigor científico			X		

III. OPINION DEL APLICABILIDAD

PEBE APLICABLE CONCEPTO DE DEFINICION

IV. PROMEDIO DE VALORACION

BUENO

DNI: 18887743

TELEFONO: 989217934

Dr. Javier Requena Javiera
FIRMA DEL EXPERTO
IMP. 19570



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TITULO DE TESIS: FACTORES SOCIO FAMILIARES Y PLAN DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS 2018

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del opinante: Juan Augusto Leavis Cerna
1.2 Institución donde labora: INABA
1.3 Nombre del instrumento: Plan de vida del adulto mayor
1.4 Grado académico: Magister Ciencia (C)

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.				X	
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.				X	
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.				X	
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.				X	
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.				X	
CONSISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.				X	
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.				X	
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.				X	
METODOLOGIA	Se hace posible el acoplo de información con rigor científico				X	

III. OPINION DEL APLICABILIDAD

- Agregar Estado Civil: Unión Libre y agregar: "Le Gustaría casarse"

IV. PROMEDIO DE VALORACION

Muy Bueno / Aplicar con levantamiento de observaciones

DNI: 43647258

TELEFONO: 959503011

FIRMA DEL EXPERTO

[Firma]
Juan Augusto Leavis Cerna
MEDICO GERIATRA
CMP: 62453 - RNE: 31234
Mesa Salud - Mesa de Atención al Paciente



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TITULO DE TESIS: FACTORES SOCIO FAMILIARES Y PLAN DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS 2018

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: ESCOBAR MORAN ISABEL CRISTINA
1.2 Institución donde labora: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR DEQUINAGA ASEJO
1.3 Nombre del instrumento:
1.4 Grado académico:

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.				X	
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.				X	
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.				X	
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.				X	
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.				X	
CONCISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.				X	
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.				X	
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.				X	
METODOLOGIA	Se hace posible el acoplo de información con rigor científico				X	

III. OPINION DEL APLICABILIDAD

El instrumento puede ser aplicado, con el cuidado al grupo de edad.

IV. PROMEDIO DE VALORACION

MUY BUENO

DNI: 03886043

TELEFONO: 966223114

ESCOBAR MORAN

FIRMA DEL EXPERTO

CEP. 28771

Reg. Esp. 018965



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



I. OBJETIVO

Recoger información con respecto a la actitud del Adulto Mayor para desarrollar su plan de vida.

II. INSTRUCCIONES:

Estimado señor(a) solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es recoger información, el mismo que es anónimo y que servirá para mejorar el plan de vida del Adulto Mayor.

III.

DATOS GENERALES

Edad: SEXO:

PLAN PERSONAL		Marcar con X		si	No	No sabe
Estado Civil	Soltero(a)		Desea casarse			
	Casado(a)		Está satisfecha con su pareja			
	Viudo(a)		Se volvería casar			
	Divorciada		Se volvería a casar			
PLAN FORMATIVO						
Grado de Instrucción	Sin grado de instrucción		Le gustaría estudiar			
	Primaria		¿Le gustaría continuar estudiando?			
	Secundaria					
	Superior					

	PLAN LABORAL						
Ocupación u oficio	No tiene ocupación u Oficio		Le gustaría trabajar				
	Ama de casa		Le gustaría trabajar en otra actividad				
	oficio		Le gustaría realizar otro tipo de trabajo				
	Carrera técnica		Le gustaría trabajar en otra carrera				
	Profesional		Le gustaría trabajar en otra profesión				
	Jubilado		Le gustaría continuar trabajando				
	TIEMPO LIBRE						
Actividades que realiza en su tiempo libre	Ve televisión		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Asiste a fiestas		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Viaja		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Hace deporte		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Asiste a un grupo social		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Va de paseo		¿Le gustaría hacer otra actividad?				
	Cuida a sus nietos		¿Le gustaría hacer otra actividad?				

ESCALA “GIJÓN” DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

SITUACIÓN FAMILIAR:	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.	1
Vive con cónyuge de similar edad.	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	3
Vive solo y tiene hijos próximos.	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	5
SITUACION ECONOMICA	
Más de 50 soles.	1
Entre 100 a 200 soles	2
Entre 300 a 400 soles	3
Recibe salario mínimo o pensión mínima	4
No recibe pensión, otros ingresos	5
VIVIENDA:	
Adecuada a necesidades.	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua)	3
Ausencia ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	5
RELACIONES SOCIALES:	
Relaciones sociales.	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas.	4
No sale y no recibe visitas.	5
APOYOS DE LA RED SOCIAL:	
Con apoyo familiar o vecinal.	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	2
No tiene apoyo.	3
Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.	4
Tiene cuidados permanentes.	5
OBSERVACIONES:	
TOTAL, DX SOCIAL	

De 5 a 9 Buena/aceptable situación social

De 10 a 14 Existe riesgo social-

Más de 15 Problema social

Solicito: Permiso para realizar trabajo de investigación.

DIRECTORA:

CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS

Dra.: IRIS VILLALOBOS INGA

Es grato dirigirnos a usted para expresarle nuestro cordial saludo; ante usted con todo respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo terminado la carrera de Enfermería, solicito a usted el permiso correspondiente para realizar el trabajo de investigación en el centro de Salud Paul Harris con el tema: "FACTORES SOCIOFAMILIARES Y PLAN DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS- 2018"

Por lo expuesto ruego a usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Nori Graciela López Lozano

Gaby Melissa Cieza Vásquez