**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

***ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA***



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

DIFICULTADES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON LIMITACIONES DE LA LOCOMOCIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DEL HOSPITAL II-2-MINSA TARAPOTO. MARZO-JULIO 2017.

**Alumna: Ileana cahuaza peas**

**TARAPOTO – PERÚ**

**2017**

INDICE

[I. TITULO 3](#_Toc488235308)

[II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3](#_Toc488235309)

[2.1. Características y delimitaciones 3](#_Toc488235310)

[2.2. Formulación del problema 6](#_Toc488235311)

[2.3. Formulación de los objetivos 7](#_Toc488235312)

[2.3.1. Objetivo general. 7](#_Toc488235313)

[III. MARCO TEORICO. 8](#_Toc488235314)

[3.1. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INTERNACIONALES 8](#_Toc488235315)

[REVISION DE ANTECEDENTES NACIONALES. 12](#_Toc488235316)

[3.1. BASES TEÓRICAS 13](#_Toc488235317)

[EL ANCIANO Y SU CONTEXTO FAMILIAR 14](#_Toc488235318)

[IV. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS 26](#_Toc488235319)

[4.3. Operacionalización de variables. 27](#_Toc488235320)

[V. METODOLOGIA. 30](#_Toc488235321)

[5.1. Tipo de estudio. 30](#_Toc488235322)

[5.2. Diseño de investigación. 30](#_Toc488235323)

[5.3. Población. 30](#_Toc488235324)

[5.4. Muestra. 30](#_Toc488235325)

[5.5. Unidad de análisis. 31](#_Toc488235326)

[5.6. Criterios de inclusión. 31](#_Toc488235327)

[5.7. Criterios de exclusión. 31](#_Toc488235328)

[5.8. Procedimiento. 31](#_Toc488235329)

[5.9. Métodos e instrumentos de recolección de la información. 31](#_Toc488235330)

[VI. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 32](#_Toc488235331)

[VII. BIBLIOGRAFIA 37](#_Toc488235332)

1. **TITULO**

Dificultades para el acompañamiento familiar del adulto mayor con limitaciones de la locomoción y comunicación internados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2-MINSA Tarapoto. Marzo-Julio 2017.

1. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** 
   1. **Características y delimitaciones**

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, plantea retos importantes al Sistema de Salud por la gran demanda de servicios especializados, pues tendrá que atender a un número creciente de población adulta mayor con limitados recursos y con un sistema tradicional aún no acondicionado a un alto costo. (1)

El deterioro que va ocurriendo asociado al proceso de envejecimiento ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí mismo corresponde a una patología, la situación de salud del adulto mayor, imagen incompleta considerando que se conforma por datos inevitablemente de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte, los de morbilidad que se expresan por la demanda de consulta. (1)

La vejez es la etapa de la vida donde los longevos deben disfrutar tranquilamente la última etapa de su vida, poder mirar al pasado con orgullo y felicidad. para muchos, la situación es completamente diferente, ya que la tercera edad también puede representar problemas degenerativos en la salud o enfermedades crónicas que no sólo afectan al adulto mayor, sus familiares también se ven perjudicados por el estado físico y emocional de su ser querido. Además, enfermedades mentales como el Alzheimer y la Demencia Senil, pueden llegar a romper por completo el núcleo familiar si no se capacitan para poder confrontar la enfermedad. (b-1)

Muchos ancianos se ven emocionalmente afectados por la soledad, la falta de responsabilidades, la independencia de los hijos y la pérdida de su pareja. Se trata de una situación muy lamentable y en donde la persona es olvidada por sus familiares. En Casa de Descanso Amistad cuidamos a los adultos mayores, brindamos servicios de apoyo y recuperación física y emocional, pero sobre todo, queremos que en nuestras instalaciones los pacientes y sus familiares convivan y refuercen los lazos afectivos gracias a las actividades y celebraciones especiales que realizamos frecuentemente.(b-1)

El trato emocional por parte de los familiares, debe ser siempre uno que realmente haga sentir al paciente querido e involucrado en el entorno familiar, nunca hay que tratarlo como si fuera un estorbo o pérdida de tiempo. Debemos tener la consideración que merecen y no desesperarnos con sus limitantes, hay que recordar que, algún día, todos llegaremos a la vejez. Cómo tratar a nuestros adultos mayores. Tolerancia, Amor, Comprensión, Integración, Solidaridad, Respeto. (b-1)

Las actividades de recreación son sin duda, lo más recomendable para que los familiares continúen integrando a su ser querido dentro del entorno familiar y que la persona no sienta que su rol ha desaparecido. (b-1)

El cuidado familiar puede ser considerado como un indicador de la solidaridad o del conflicto familiar. Las relaciones que se establecen durante el cuidado son muchas veces contradictorias y ambivalentes.(b-1)

Los ancianos longevos constituyen el grupo de mayor riesgo en la vejez por su fragilidad. En contextos de alta vulnerabilidad hay una persona  que no es anciana, viviendo con el anciano. Ese apoyo adicional suele ser muy importante para la supervivencia del anciano, toda vez que las familias, en situaciones de alta vulnerabilidad  no cuentan con recursos financieros para pagar servicios de terceros. (b-2)

En contextos de alta vulnerabilidad hay una persona  que no es anciana, viviendo con el anciano. Ese apoyo adicional suele ser muy importante para la supervivencia del anciano, toda vez que las familias, en situaciones de alta vulnerabilidad  no cuentan con recursos financieros para pagar servicios de terceros. (b-2)

Con frecuencia la dependencia supone un deterioro de la relación entre la persona dependiente y la persona que la cuida. La falta de disponibilidad de tiempo personal y la necesidad de contar con momentos de libertad para ellos mismos es una idea permanente en el discurso de los cuidadores.(b-2)

Es frecuente una situación de cuidado recíproco de intercambio de cuidados entre el cuidador y la persona cuidada. Suelen ser hogares de tres generaciones, en los que los adultos mayores son cuidados por sus hijos. (b-2)

La hospitalización de un paciente anciano significa para la familia una sobrecarga en sus funciones habituales, su participación en el cuidado obedece más que nada a habilidades espontáneas aprendidas en el seno de la familia. Si bien, no se pueden desconocer los cambios que se han implementado en las instituciones hospitalarias para que sean más amigables, comprensivas y humana (5)

Con respecto a los cuidados del paciente internado en un centro hospitalario en la condición de adulto mayor existen diversas conductas de parte los familiares o personas responsables en cuanto a brindarle la atención o realizar las visitas y responsabilizarse por su recuperación. (6) Estas conductas estimamos que responden a diversas percepciones, experiencias vivenciales o compromisos que desarrollan con el paciente, a esto se añade los aspectos económicos, sociales, culturales hasta educativos o nivel de importancia que ocupa en el seno familiar. Consideramos que juega un papel importante los aspectos subjetivos de la convivencia aliados a los comportamientos y prácticas del anciano en su etapa de adultez como hermano, padre, tío, abuelo u otro parentesco de vínculo con los familiares. Por lo que nos planteamos la siguiente situación problemática.

* 1. **Formulación del problema**

¿Cuáles son las dificultades para el acompañamiento familiar del adulto mayor con limitaciones de la locomoción y comunicación internados en los servicios de medicina cirugía del Hospital II-2-MINSA Tarapoto. Marzo-julio 2017?

* 1. **Formulación de los objetivos** 
     1. **Objetivo general.**

Identificar tipo de dificultades para el acompañamiento familiar del adulto mayor con limitaciones de la locomoción y comunicación internados en los servicios de medicina cirugía del Hospital II-2-MINSA Tarapoto. Marzo-julio 2017.

* + 1. **Objetivos específicos.**
* Describir los factores sociodemográficos de población en estudio.
* Describir el tipo de dificultades de los familiares para el acompañamiento del adulto mayor hospitalizado.
* Identificar el grado de parentesco del familiar responsable del adulto mayor hospitalizado.
* Describir algunas características de las relaciones interpersonales del paciente adulto mayor hospitalizado con los familiares.
  1. **Justificación.**

Organización Panamericana de la Salud - (OPS), y basados en la esperanza de vida para la ciudad de Medellín- Colombia, identifica a la persona como adulto mayor a toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. (b).

Como envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social; el adulto mayor que además estando internado en centro hospitalario y tiene problemas para la locomoción y la comunicación tiene serios problemas que se complican por la falta de un acompañamiento familiar que se responsabilice por la recuperación de su salud.

El Hospital II-2 MINSA Tarapoto, tiene una casuística importante sobre estos casos, cuya información no fue sistematizada y por lo tanto no fueron estudiados, se constituye en una buena oportunidad para realizar este trabajo y para lo cual se cuenta con el aval del Director de la institución hospitalaria, y es factible realizarla porque los costos de la investigación serán muy bajos ya que se trata de una investigación descriptiva observacional que no requiere mayores recursos económicos más que la dedicación y el compromiso de la investigadora, que se deberá de gestionar algunos apoyos, relacionados básicamente a permisos y admisión a los servicios de medicina humana y cirugía.

Los resultados que emanen de esta investigación serán alcanzados a la institución hospitalaria, el mismo que le permita adoptar un plan de mejoramiento para la atención al adulto mayor internado con limitaciones para la locomoción y la comunicación. Asimismo se realizará la difusión a la comunidad para tomar consciencia en la actitud humanitaria generacional para con los ancianos; finalmente estos datos informativos servirán de material de consulta para los estudiantes de la carrera profesional de enfermería.

1. **MARCO TEORICO.**
   1. **REVISIÓN DE ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

Miranda A, Hernández L, Rodríguez A, (2010), realizó un trabajo titulado: calidad de la atención en salud al adulto mayor, ciudad de la Habana jul.-sep. 2010. Realizó una investigación evaluativa en la población de 60 años y más perteneciente al policlínico "5 de Septiembre", del municipio Playa, en Ciudad de La Habana durante el año 2010. El universo de esta investigación lo constituyeron 3543 personas de 60 años y más pertenecientes a 9 consultorios de la comunidad del Médico y Enfermera de Familia. Además, constituyeron parte del universo 22 médicos y 25 enfermeras del propio plan que están relacionados con la atención en salud a las personas de 60 años y más en esta misma área salud. Concluyeron que la atención del adulto mayor es de alta calidad y de cuidado eficiente para la prevención de enfermedades prevenibles. (7)

Guajardo G, Abusleme M. (2013), realizaron una investigación titulada: el maltrato hacia las personas mayores en la región metropolitana, Chile, Santiago de Chile, diciembre de 2013: Reportaron en la Región de Valparaíso que 35,3% de las personas mayores ha sufrido alguna vez maltrato psicológico y 9,2% negligencia en el cuidado, siendo éstas las prevalencias más altas respecto de los demás tipos de maltrato. En cuanto a quién lo ejerce, son los hijos quienes más maltratan psicológicamente, con 60,4%. La negligencia, que mayormente sufren las personas mayores dependientes, dice relación con que no les dan las comidas cuando corresponde, no los alimentan cuando lo solicitan y descuidan su higiene. Observaron que los hijos (50,4%) y la pareja (34,4%) son quienes más ejercen este tipo de maltrato hacia personas mayores dependientes, siendo a su vez quienes más frecuentemente están a cargo de cuidarlas. En 1 de cada 3 es un hijo o hija quien lo ejerce. El componente que predomina es el engaño hacia la persona mayor para sustraerle su dinero o patrimonio. En el 66,2%, quien maltrata físicamente es la pareja. Las acciones más mencionadas son empujar y golpear. Estas formas de maltrato como son la “negligencia”, “abuso patrimonial”, “maltrato psicológico”, “maltrato físico” y “abuso sexual” no se presentan necesariamente en forma aislada. (8)

Ortiz A, Gaviria D, Astrid M, García D, Montoya M. (2000), realizaron un estudio titulado: Participación del acompañamiento en el cuidado del paciente hospitalizado; Metropolitana Medellín ,1999-2000. La población estudiada incluye 265 acompañantes de los pacientes hospitalizados en el área del segundo nivel de complejidad del sector oficial en Medellín: 54 usuarios acompañantes, es de sexo femenino y el 46% de sexo masculino el estudio ubica a 41,51 por % en la etapa adulto mayor en edad de 66 años a mas quienes por su necesidades físicas tienen más dependencia agravada en su estado de morbilidad , os usuarios más representativos requieren de mayor apoyo para controlar las posibles complicaciones ocasionadas por la inmovilidad tales como: problemas cardiovasculares , digestivos respiratorios , lesiones d en la piel entre otros.(9)

Rodríguez Borges Y, Díaz C. (2009), realizaron un estudio sobre la valoración funcional del adulto mayor con discapacidad, agosto 2009. Estudio descriptivo, transversal en el Policlínico-Hospital Raúl Gómez García del municipio 10 de Octubre. El universo estuvo constituido por todos los pacientes ancianos con discapacidades del Hospital. Encuestaron a una muestra de 71 pacientes en sus hogares, que cumplían con los criterios de inclusión que se explican a continuación: pacientes con discapacidades que pertenezcan al Hospital Raúl Gómez del municipio 10 de octubre, de 60 años y más, de ambos sexos, con discapacidad de origen neurológico y Osteomioarticular, que deseen participar en el estudio y en caso de enfermedades mentales, que lo autorice su familia. Aplicaron además dos instrumentos: a) Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), nos permitió identificar signos de deterioro cognitivo en el anciano, se trata de un test de clivaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. b) El Índice de Barthel, permitió identificar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Resultado del test: Independiente- 100; Dependencia leve 60; moderada- 40-55; grave- 20-35; .(10)

Enríquez M (2013) estudiaron el conocimiento sobre el maltrato al adulto mayor por un grupo de ancianos del policlínico Bernardo Posse, en la ciudad de la habana octubre - diciembre 2013. Ancianos que vivían solos y los que presentaban algún trastorno de tipo cognitivo o algún déficit visual o auditivo. Revisaron las historias de salud familiar con la finalidad de caracterizar a nuestros ancianos según edad (grupos de edades en años: 60-69, 70-79, 80 y más), sexo y nivel de escolaridad. Refleja el conocimiento de los ancianos con respecto a la negligencia física como expresión de maltrato; se encontró que solo 7.31% consideró que no proporcionarles la prótesis dentales en caso de necesitarlas constituía un caso de maltrato y un ínfimo por ciento reconoce maltrato en las acciones de no garantizar por la familia las medidas de seguridad necesarias para evitar accidentes en el hogar. En lo referido al maltrato por abandono o negligencia emocional, podemos apreciar en la, que solamente 4.87 % relacionó el no garantizarle la estimulación social como maltrato, y 39.02 % reconoció que dejarlos solos por tiempo prolongado constituye un acto de maltrato por negligencia o abandono emocional.(11)

Mayo N; De Armas H; (2010), realizaron un estudio para determinar el tipo de relaciones familiares predominantes. En el análisis de los resultados comprobaron que no existe un tipo de relaciones familiares predominante, aunque hay una tendencia hacia las relaciones familiares poco armoniosas. Por otra parte, apreciaron que pocos ancianos perciben sus relaciones familiares como no armónicas. También observaron que los límites interindividuales de la familia se encuentran bien definidos en la mayoría de los casos del estudio, aunque coexisten límites poco definidos y medianamente definidos según la percepción de los ancianos estudiados. Apreciaron que en algunos casos el anciano percibe la comunicación con sus familias como muy buena, que mantienen una comunicación adecuada con los miembros de la familia y al parecer se sienten satisfechos con el apoyo familiar que reciben. Que el estado emocional normal fue el predominante en los ancianos estudiados, seguido de la depresión leve y depresión severa. Además, observamos que los ancianos que presentaron un estado emocional desfavorable o depresión en su forma leve o establecida perciben relaciones poco armónicas, o no armónicas por completo; la comunicación entre estos ancianos y su familia es muy problemática, algunos tiene casi dependencia física de la familia pues no pueden valerse por sí mismos. (16)

Aguilar V, Fuentes Y, Medel V, Resendiz C, Garrido M (2014); estudiaron la prevalencia de sospecha de maltrato en el adulto mayor y factores vinculados, 28 de febrero del 2014. Los resultados más importantes encontrados fueron, el maltrato que se presentó con más frecuencia fue el psicológico con 35 casos (72.9%), 7 (14.5%) casos de maltrato por abandono, 4 (8.3%) maltrato financiero y 2 (4.1) con maltrato físico. Pese a que estadísticamente no se estable una relación, los adultos mayores que presentaron sospecha de maltrato 8 presentaron niveles sociodemográficos más bajos y disfunción familiar, comparado con los pacientes sin sospecha de maltrato.(e-2)

**REVISION DE ANTECEDENTES NACIONALES.**

Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. (2005), determinaron la funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, lima julio-setiembre- 2005. Reportaron las características socio-demográficas de la población estudiada se encuentran en el  La distribución por grupos etarios fue como sigue: de 60 a 69 años, 125 pacientes (31,25%); de 70 a 79, 159 pacientes (39 %) y de 80 años a más, 119 (29,75 %). El 56,3% de los pacientes tenían como cuidador a sus hijos, no se halló relación significativa entre el nivel de funcionalidad y tipo de cuidador. Los resultados de la valoración funcional se muestran en la  Se encontró que el 46,5% tenían algún grado de dependencia para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) dos semanas antes a su ingreso hospitalario. El bañarse y el vestirse fueron las ABVD más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente Encontraron asociación entre el grado de dependencia y edad (p<0,001). Hallaron que el género, estado civil y el grado de instrucción no estuvieron asociados a la dependencia. Los pacientes de los hospitales MINSA tuvieron un mejor nivel de funcionalidad que los de EsSalud, pero también tuvieron un promedio menor de edad. La situación social presentó asociación con el nivel de funcionalidad. Encontraron una relación significativa positiva entre la dependencia funcional y las caídas, la presencia de mareos, incontinencia urinaria, desnutrición, depresión (depresión leve y severa) y nivel cognitivo mientras que no hubo relación entre deprivación sensorial visual o auditiva y el grado de dependencia, aunque si se encontró relación entre dependencia total y deprivación visual. (12)

Rebagliati C, Runzer F, Horruitiniere M, Lavaggi J, Parodi J. (2012) Estudiaron la caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica Hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar,[Lima – Callao (2012)](http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/issue/view/14), La edad promedio fue: 78 ± 8,2 años. Registraron polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotirodismo en 113 (16%). En el aspecto social, registraron 264 (37,1%) casos de dependencia funcional y 252 (35,4%) casos con problema social. Finalmente, en el aspecto mental, encontraron una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo. Los adultos mayores hospitalizados tienen una alta prevalencia de distintas condiciones clínicas como el estreñimiento, la hipertensión arterial, la depresión. Con riesgo de deterioro durante la hospitalización. Los servicios geriátricos actuales deben interferir en la prevención para una mejor calidad de vida del anciano. (e-3)

* 1. **BASES TEÓRICAS**

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total (1 ). En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. ‘Calidad de vida’ es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.(D-1)

**EL ANCIANO Y SU CONTEXTO FAMILIAR**

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra, en la sociedad han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa. Asimismo los conceptos de anciano o las [estructuras](http://www.monografias.com/trabajos15/todorov/todorov.shtml#INTRO) familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable.

La mayor esperanza de vida y de años de vida en buenas condiciones (aunque también en malas), acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria, alargamiento de las etapas formativas en la juventud con el consiguiente retraso en la entrada al mundo laboral de los jóvenes, incorporación al mismo de forma masiva de la [mujer](http://www.monografias.com/trabajos11/lamujer/lamujer.shtml), reducción del tamaño familiar, mejoras en las [comunicaciones](http://www.monografias.com/trabajos/lacomunica/lacomunica.shtml) y el consiguiente desplazamiento del centra de gravedad demográfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, las sucesivas [crisis](http://www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis.shtml#QUEES) económicas, etc., han sido algunos de los responsables de este fenómeno

Desde este punto de vista, los estereotipos de anciano y familia deben ser puestos al día en esta realidad social así como el papel que juega el anciano en la familia. Ya que forma parte de una sociedad, y dentro de ella de una familia, no pueden explicarse sus funciones y su evolución sino dentro de esta. Para la persona anciana lo más importante es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto de entramado social, ello crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior.

Ser consciente de estos cambios es fundamental para todos aquellos relacionados con el mundo socio-sanitario, pues nos ayudaran a comprender mejor a las personas y familias a las que atendemos y con ello proporcionar una mejor atención empleando tanto los recursos de que disponen los ancianos, sus familias y la sociedad.

**La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones. Tercera-edad recopila algunas de las más comunes**:

**Arterioesclerosis de las Extremidades:** es un síndrome caracterizado por el depósito e infiltración de sustancias lipídicas, en las paredes de las arterias de mediano y grueso calibre. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos.  
Los problemas de riego en las extremidades en la arteriosclerosis suelen ocurrir antes en las piernas o los pies y la edad es uno de los factores de riesgo más importantes.  
La persona afectada empieza a notar dolor de piernas, hormigueo en los pies estando en reposo, úlceras e incluso gangrena en los pies (el tejido "se muere", notándose visiblemente).

**Artrosis:** afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio... son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

**Artritis:** es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes; por micro cristales (afectos de gota), neuropatía (lesiones del sistema nervioso), reumatoide (origen multifactorial), infecciosa (de origen bacteriano, vírico, micótico o parasitario), sistemática (de origen cutáneo, digestivo, neuropático...), reactiva (múltiples factores), etc.  
Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma...

**Alzheimer:**La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Se desconocen las causas, si bien se sabe que intervienen factores genéticos.

Por desgracia el Alzheimer sigue siendo incurable, pero la comunidad científica se muestra optimista por encontrar una cura a corto plazo.D-2

**Párkinson**: El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se produce en el cerebro, por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad. Afecta a más de 65.000 españoles y su incidencia va en aumento.

**Hipertrofia benigna de Próstata:** Consiste en un crecimiento excesivo en el tamaño de la próstata a expensas del tamaño celular. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnosticación, es frecuente la "biopsia prostática" y el tacto renal (palpar la próstata a través del recto), que además puede detectar síntomas de cáncer.. Suele provocar un síndrome miccional: mayor frecuencia de orinar, irritación y obstrucción; que pueden complicarse con infecciones urinarias, cálculos renales , etc. Para su tratamiento, los pacientes deben disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y moderar el consumo de alcohol y cafeína. En ocasiones extremas se tiene que intervenir quirúrgicamente (prostatectomía).

**Gripe:**Se trata de una enfermedad "común" que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios. Es por ello que las Autoridades Sanitarias aconsejan a la tercera edad (mayores de 65 años), como grupo de riesgo, vacunarse cada año contra la gripe. La vacuna de la gripe producirá anticuerpos contra el virus.

Y otro arma muy eficaz contra la gripe es la prevención, especialmente contra el frío.

[**Consejos de cara al invierno**](http://www.tercera-edad.org/salud/invierno.asp)

**Malnutrición:**A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas (B12, C, tiamina...), déficit de folato, desequilibrio de potasio, anorexia, gastritis atrófica...   
El deterioro cognitivo puede ser causado por tantos factores no nutricionales que es fácil pasar por alto causas nutricionales potenciales, como deshidratación, desequilibrio del potasio, anemia ferropénica y déficit de muchas de las vitaminas hidrosolubles.

En estos casos, si un especialista lo cree conveniente, se puede recurrir a suplementos de minerales y vitaminas, pero sobre todo; una dieta alta en proteínas y nutrientes es esencial para prevenir posibles problemas de nutrición que llegada la edad adulta podría conllevar problemas irreversibles.

[**Más información sobre Nutrición**](http://www.tercera-edad.org/salud/nutricion.asp)

**Mareos en los mayores:** Buena parte de los mayores de 60 años, acuden al médico por culpa de inexplicables mareos o vértigos. También son habituales las pérdidas de equilibrio y otras sensaciones de aturdimiento.   
Es importante que sea un médico quien determine la gravedad de nuestra situación. En todos los casos el especialista determinará con un reconocimiento físico los posibles motivos.

**Sordera:**A menudo, los déficits auditivos se consideran "normales" en los ancianos, y, si bien es propio de la edad el desgaste en nuestras capacidades, siempre se debería poner solución, con las pruebas diagnósticas precisas y si es necesario, con la ayuda de un audífono que amplificará la señal sonora ayudándonos a recuperar parcialmente nuestra capacidad auditiva.

**Presión arterial alta:** La presión arterial es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre contra las paredes de las arterias. La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardiaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal. Conviene que nosotros mismos controlemos nuestra presión presión arterial además de llevar hábitos de vida saludables.

**Problemas Visuales:** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular. (D-2)

**LOS TIPOS DE MALTRATO**

El abuso asume dos formas: ) “Maltrato” como grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, abandono) y ii) “Formas menores” que muchas veces pasan desapercibidas para el entorno, pero igualmente inaceptables. El estudio SEGG, según las esferas comprometidas de la persona las clasificó en: I. Esfera íntima: a. Explotación de la capacidad de trabajo en el hogar. b. Destitución familiar: ignorar o franca hostilidad. c. Desarraigo: ingreso forzoso a institución o casas de familiares. d. Explotación económica y apropiación de sus bienes. e. Abandono: familia desatiende sus necesidades. f. Falta de capacitación de los cuidadores informales. II. Ámbito público: a. Falta de instituciones sanitarias para la atención geriátrica especializada. b. Profesionales médicos que achacan a la edad cualquier padecimiento. A su vez, los autores Wolf (9) y Pillemer (10) clasificaron los malos tratos en: - Maltrato físico: causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física.

**MAGNITUD DEL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR**

Información publicada por la OMS señala una tasa de maltrato de 4 a 6% en la población de ancianos (1). Un estudio en Canadá sobre violencia doméstica, observó que el 7% de las personas mayores había experimentado alguna forma de maltrato emocional, el 1% de maltrato físico y el 1% de maltrato económico (16). En este y otros estudios realizados según agrega la OMS, en Estados Unidos y Países Bajos, no se encontraron diferencias significativas en las tasas de prevalencia desglosadas por sexo o edad. El National Center on Elder Abuse (EE.UU.) registró entre 1986 y 1996 un aumento del 150% en los incidentes declarados por los servicios estatales de protección de adultos, se observa que el abandono es la forma más común de maltrato. Los victimarios eran 37% hijos adultos, 13% cónyuges y 11% otros miembros de la familia (17) . En Chile, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del año 2008, realizada por Pontificia Universidad Católica, entrevistó a 1.325 adultos mayores. La prevalencia de maltrato según tipo de violencia hacia adultos mayores de 18.96% en violencia psicológica leve, 4.21% en violencia psicológica grave, 3.59% en violencia física leve y 3.27% en violencia física grave, porcentajes sobre el total de la población de adultos mayores. Se identificaron como principales agresores al cuidador pareja hombre, hijos, hermanos, cuñados y nietos. Según este estudio, el 86% de los adultos mayores que han vivido violencia h8a sido víctima sólo de violencia psicológica. Sólo el 1.6% de estos adultos mayores ha(D-3)

**Teoría de la continuidad Robert Atchley (1971,1972)** considera que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de una persona en este momento estaría condicionado por las habilidades desarrolladas. Una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado. La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud-lo social- lo psicológico. El mantenimiento de las actividades desarrolladas en la edad madura o la adquisición de otras nuevas se convierte en una garantía para tener una vejez exitosa. A la vez, la satisfacción durante la vejez se relaciona con el mantenimiento de la actividad y costumbres anteriores, con el vínculo entre aquellos elementos que le dieron consistencia personal y la situación presente. La seguridad y autoestima entonces encontrados, sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez.

**Teoría de la desvinculación:** teoría de la desvinculación, punto de partida en la investigación sobre el envejecimiento y referencia obligada que ha suscitado estudios contrapuestos y ha dado origen a otros desarrollos teóricos. Motivos por los cuales le dedicamos más amplitud. En cuanto a la denominación, se enuncia también como “teoría del retraimiento”, aunque en la línea argumental de este capítulo bien podría ser denominada “teoría del desapego”, como indica Leopoldo Salvarezza. Es esta una teoría psicosocial del envejecimiento porque afecta a las relaciones entre el individuo y la sociedad, así como a los procesos internos que experimenta una persona en su declinar de la vida. E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961 publican el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. El estudio se realiza en el medio ambiente natural donde viven las personas, en su comunidad en la que han establecido sus vínculos afectivos y sus desarrollos laborales y no en las instituciones que frecuentan las personas mayores. En este encuadre, se observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales. Esta realidad dio lugar a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la rotura o disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro. Consecuentemente, esta actitud de desenganche del senescente va originando una cascada imparable de comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez: - Alejamiento de interacciones sociales. - Desinterés por la vida de los demás. - Reducción de compromisos sociales. - Interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales. (d-3)

**EL ADULTO MAYOR**

Introducción Definición Las limitaciones sensoriales son aquellas que afectan la funcionalidad de los órganos de los sentidos; afectan la integridad del sistema perceptual que permite el ingreso de señales al sistema nerviosos central, el cual permite darle organización y significado a estímulos externos. Etiología Proceso Normal del Envejecimiento Proceso asociado a una Patología Limitaciones Sensoriales Intervenciones de Salud y Manifestaciones Clínicas Derivar a especialista en caso de encontrar alguna alteración de los sentidos.  
Gestionar visitas domiciliarias si el paciente lo requiere. Evaluar la perdida de sensibilidad.

Rehabilitación. Valorar al adulto mayor post operación de cataratas. Valorar el uso correcto de dispositivos de ayuda (audífonos y anteojos). Prevenir la aparición de heridas (escaras) evaluando frecuentemente el avance de la perdida de sensibilidad y zonas de presión.  
Prevenir la mala alimentación educando al cuidador y/o adulto mayor.  
Prevención de caídas o accidentes a causa de la disminución visual.  
Prevención de la automedicación.

Realización anual del EFAM Prevención Degeneración macular húmeda: representa alrededor del 10% de las personas con degeneración macular. Se produce por el crecimiento de nuevos vasos anormales y muy frágiles bajo la mácula. Degeneración macular seca: ocurre cuando los vasos sanguíneos bajo la mácula se vuelven delgados y frágiles. Se forman pequeños depósitos amarillos, llamados engrosamientos localizados. Casi todas las personas con degeneración macular comienzan con la forma seca. Cataratas: Esta patología tiene una alta prevalencia en el adulto mayor y se debe a una opacidad del cristalino. Glaucoma: Se debe a un aumento de la presión intraocular por una disminución de la filtración del humor vítreo. Proceso Asociado a una Patología.

Sensibilidad a la luz intensa/ Fulgor.Dificultad con la adaptación a la claridad. Sensibilidad reducida a la percepción del color y contraste.  
Reducción en la percepción de la profundidad. (KKK)

**Transición:** Afaf Meleis19, 20, autora de la teoría de las transiciones, define la transición como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra, y el resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, que implica cambios en el estado de salud, relación de los roles, expectativas, habilidades y demandas, exige grados de responsabilidad, lapsos de tiempo; este proceso tiene tres momentos: entrada, paso y salida; se caracteriza porque las personas alcanzan niveles de estabilidad y crecimiento frente a los sucesos que deben afrontar.(13)

**ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:** Mejorael bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y la calidad de los servicios socio sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida SALUDABLE armónica dentro de su familia y su comunidad(14)

**PATOLOGÍAS MÁS COMUNES**

**Enfermedad de Parkinson** La Enfermedad de Parkinson es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia negra, que produce déficit de los movimientos motores. Fue descrita por primera vez por James Parkinson en 1817. Dentro de la sintomatología clásica están el temblor en reposo, la rigidez, la falta o disminución en los movimientos y los cambios en los reflejos posturales. Generalmente empieza entre los 40 y 70 años de edad con un pico en la sexta década de la vida. Aproximadamente el 1% de la población de la tercera edad se encuentra afectada y es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 3:2.

**La Enfermedad Articular Degenerativa u** Osteoartritis La Osteoartritis se ha conocido también como Osteartrosis o Enfermedad Articular Degenerativa. Esta progresa lentamente y en general tiene un curso benigno, sin embargo, puede ocasionar mucho dolor, rigidez y gran limitación, en algunas personas tiene un curso progresivo con destrucción articular rápida. Se clasifica como primaria o idiopática cuando no existe un factor predisponente conocido y, secundaria, cuando se puede identificar su factor local o sistémico que desencadena la osteoartritis.

**Enfermedad Cerebro Vascular** La Organización Mundial de la Salud, define la enfermedad cerebro vascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular. En Colombia la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, ocupa el cuarto lugar y ocasionó el 6,7% del total de muertes en el 2005

**Limitaciones Visuales** Son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. Los estudios de población han reportado la prevalencia de deficiencia en la función visual entre un 4 al 7 % de las personas entre los 71 - 74 años de edad y se incrementa a un 16 % en aquellos individuos mayores de 80 años y hasta un 39 % en los mayores de 90 años de edad. Según un informe.

* 1. **Definición de términos**

**Adulto mayor** : personas que an alcanzado 60 -75 años de edad son considerados con edad abamzada (15)

**Adulto mayor y envejecimiento:** Si consideramos el envejecimiento como una etapa adaptativa y evolutiva normal del proceso vital de los seres humanos, no involutiva como cultural y socialmente se cree, podemos decir que no todos los cambios normales del envejecimiento son enfermedad . Según Kane , el envejecimiento es un proceso universal, dinámico, acumulativo, irreversible, con componentes físicos, psíquicos y sociales.

**Dependencia en el cuidado**: Con el aumento de la edad, tarde que temprano, y , según los factores personales y sociales que influyen en el envejecimiento, se presenta la enfermedad crónica como “el estado alterado de la salud que no se resuelve con terapia médica en un corto plazo, ni por procedimientos quirúrgicos; produce múltiples incapacidades y el paciente no se recupera completamente de su condición”15, La enfermedad crónica va deteriorando paulatinamente hasta llevar la persona a un estado de dependencia. “Estos problemas requieren múltiples fuentes de cuidado y apoyo (familiar, de enfermería, rehabilitación, ayuda psicológica, de trabajadores sociales, entre otros)”

**Cuidado**: “Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle”7 . El cuidado es el objeto de estudio y de la práctica de enfermería y, según los postulados de Meleis8 , cuatro características importantes determinan su perspectiva: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humana, sus aspectos prácticos, las relaciones de cuidado que enfermeras y pacientes desarrollan y la orientación de salud y bienestar.

**Dependencia en el cuidado**: Con el aumento de la edad, tarde que temprano, y , según los factores personales y sociales que influyen en el envejecimiento, se presenta la enfermedad crónica como “el estado alterado de la salud que no se resuelve con terapia médica en un corto plazo, ni por procedimientos quirúrgicos; produce múltiples incapacidades y el paciente no se recupera completamente de su condición”15, La enfermedad crónica va deteriorando paulatinamente hasta llevar la persona a un estado de dependencia.

1. **FORMULACIÓN DE HIPOTESIS**

**4.1. Hipótesis de Investigación**

Existen algunas dificultades de convivencia y las limitaciones económicas de los familiares que no favorecen el acompañamiento del adulto mayor hospitalizado con limitaciones en la locomoción y la comunicación.

**4.2. Sistema de Variable**

- Dificultades de la convivencia.

- Nivel socioeconómico de los familiares.

**4.3. Operacionalización de variables.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIABLE** | **DEFINICION OPERACIONAL** | **DIMENSION** | **INDICADOR** | **CRITERIOS DE MEDICIÓN** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN** |
| Características socio-demográficas | Son las características educativas, religiosas y laborales propias de cada grupo o individuo familiar de un adulto mayor hospitalizado. | * Edad * Sexo * Nivel de educación * Ocupación      * Estado civil * Procedencia | * Fecha de nacimiento * Sexo de familiar * Grado de estudios   Distrito  Residencia | Años cumplidos   * Hombre * Mujer   Iletrada  Primaria completa  Primaria incompleta  Secundaria incompleta  Secundaria completa  Superior universitaria  Superior no universitaria  Ama de casa  Desempleada  Independiente profesional  Soltera  Casada  Conviviente | Nominal | Ficha de recolección de datos |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIABLE** | **DEFINICION OPERACIONAL** | **DIMENSION** | **INDICADOR** | **CRITERIOS DE MEDICIÓN** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN** |
| Dificultades de convivencia | Es el conjunto de aspectos sociales y culturales que afectan la convivencia y dificultan las interrelaciones parentales entre los miembros de una familia. | * Aspectos sociales * Aspectos Culturales | * Ocupación * Ingresos económicos * Nivel educativo * Procedencia * Residencia * Raza * Religión * Parentesco | * Ocupación de familiar * Ingresos económicos de familiar   Superior  Técnico  Básico  Extranjero  Nacional  Regional  Urbano  Urbano marginal  Rural  Mestizo  Nativo  Blanca  Negra  Católico  Evangélico  Otro | Nominal | Ficha de recolección de datos |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIABLE** | **DEFINICION OPERACIONAL** | **DIMENSION** | **INDICADOR** | **CRITERIOS DE MEDICIÓN** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN** |
| Nivel socioeconómico | Es el conjunto de aspectos económicos que afectan la convivencia y dificultan las interrelaciones parentales entre los miembros de una familia. | * Aspectos Económicos | * Ocupación * Ingresos económicos | * Ocupación de familiar * Ingresos económicos de familiar | Nominal | Ficha de recolección de datos |

1. **METODOLOGIA.**
   1. **Tipo de estudio.**

La presente investigación se enmarcará dentro de tipo Básico. Se utilizará el nivel descriptivo simple; ya que se pretende describir la presencia de las dificultades para el acompañamiento familiar del adulto mayor hospitalizado

* 1. **Diseño de investigación.**

**M O**

**Y**

**DONDE:**

**M** : Son los familiares de los adultos mayores hospitalizados con dificultades para la locomoción y la comunicación.

**O** : Son las observaciones realizadas acerca de las dificultades para el acompañamiento de los adultos mayores hospitalizados

* 1. **Población.**

Estará constituida por un familiar identificado como responsable del acompañamiento de cada uno de los 68 adultos mayores con limitaciones para la locomoción y la comunicación internados en los servicios de medicina humana y cirugía en el periodo marzo julio 2017.

* 1. **Muestra.**

Lo conformaran un familiar identificado como responsable del acompañamiento de cada uno de los 68 (100% de población) adultos mayores con limitaciones para la locomoción y la comunicación internados en los servicios de medicina humana y cirugía en el periodo marzo julio 2017.

* 1. **Unidad de análisis.**
* un familiar identificado como responsable del acompañamiento un adulto mayor hospitalizado.
  1. **Criterios de inclusión.**
* Ser familiar o responsable de la hospitalización de un paciente adulto mayor con dificultades para la locomoción y comunicación.
* Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
* Ser un o una ciudadana con mayoría de edad.
  1. **Criterios de exclusión.**
* Familiar con dificultades para la comunicación o con enfermedad mental limitante.
* Trabajador del Hospital II-2 MINSA Tarapoto.
  1. **Procedimiento.**
* Se solicitará a la dirección del Hospital II-2 MINSA Tarapoto permiso para la realización del presente estudio.
* Se validará el instrumento de investigación: por estudio piloto y juicio de expertos.
* Se solicitará a cada familiar mediante un documento su consentimiento informado para participar en la presente investigación.
* Se procederá a la recolección de los datos informativos requeridos en el estudio.
* Se organizará los resultados en una base de datos de Excel.
* Se tabularan y se realizará el análisis de los reultados.
* Se procederá a la redacción del informe final.
  1. **Métodos e instrumentos de recolección de la información.**

**ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.**

1. **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

**6.1. Cronograma de actividades.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2017 | | | | | |
|  | **MARZO** | **ABRIL** | **MAYO** | **JUNIO** | **JULIO** |
| REVISION BIBLIOGRAFICA | X |  |  |  |  |
| ELABORACION DE PROYECTO | X | X |  |  |  |
| APROBACION DE PROYECTO |  | X |  |  |  |
| RECOLECCION DE DATOS |  |  | X | X |  |
| PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS |  |  |  | X |  |
| ELAB. DE INFORME FINAL |  |  |  |  | X |
| SUSTENTACION |  |  |  |  | X |

**6.2. RECURSOS Y PRESUPUESTO.**

**REMUNERACIONES.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de clasificador**  **de gastos** | **Denominación**  **del bien y**  **servicio** | **Unidad de**  **medida** | **Cantidad** | **Precio**  **Unitario S/.** | **TOTAL S/.** |
| 5.3.11.10 | REMUNERACIONES  Asesor  Encuestadores  Estadístico | Asesor  Encuesta.  Documento | 002  037  001 | 00.00  2.00  300.00  **Sub - total** | 00.00  74.00  300.00  **374.00** |

**MATERIALES DE CONSUMO.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código de clasificador  de gastos | Denominación  del bien y  servicio | Unidad de  medida | Cantidad | Precio  Unitario S/. | TOTAL S/. |
| 5.3.11.30 | **material de consumo**  Material de escritorio:  - Papel bond A4  - Lápices  - Lapiceros  - Borrador  - Tajador  - Corrector  - USB  - CD-R regrabable | Millar  unidad  unidades  unidades  unidad  unidad  unidad  unidad | 01  04  04  03  02  01  01  01 | 25.00  0.80  2.00  1.00  1.50  5.80  35.00  4.00  **Sub Total** | 25.00  3.20  8.00  3.00  3.00  5.80  35.00  4.00  **87.00** |

**OTROS SERVICIOS DE TERCEROS.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de clasificador**  **de gastos** | **Denominación**  **del bien y**  **servicio** | **Unidad de**  **medida** | **Cantidad** | **Precio**  **Unitario S/.** | **TOTAL S/.** |
| 5.3.11.32 | **Servicios de Terceros Persona Jurídica:**  - Internet  - Copias  - Tipeos  - Impresión  - Movilidad local | horas  hojas  hojas  hojas  soles | 50  200  120  200  80 | 1.00  0.10  0.50  0.20  2.00  **Sub Total** | 50.00  20.00  60.00  40.00  160.00  **330.00** |

**6.3. RESUMEN DEL PRESUPUESTO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODIGO** | **CLASIFICADOR** | **SUBTOTAL** |
| **5.5.11.10** | Remuneraciones | 1800 |
| **5.5.11.30** | Material de consumo | 50 |
| **5.5.11.36** | Servicios de terceros -Persona jurídica | 400 |
|  | **TOTAL** | 2050 |

1. **BIBLIOGRAFIA**
2. Alma Rosa Cortés N.1,2, Enrique Villarreal R.1, Liliana Galicia R.1,a, Lidia Martínez G.1,a, Emma Rosa Vargas D**.** evaluación geriátrica integral del adulto mayor cross sectional geriatric assessment of mexican older people (a)
3. [Patricia Alonso Galbán,1 Félix José Sansó Soberats,2 Ana María Díaz-Canel Navarro,3 Mayra Carrasco García4 y Tania Oliva5](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010#cargo) , envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007 (b)
4. Dra. Lorena Cerda A. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(2) 265-275](**c)** <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90312987&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n02a90312987pdf001.pdf>
5. Isis Yvonne Sánchez GilI; Víctor T. Pérez MartínezII El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor . Rev Cubana Med Gen Integr v.24 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008
6. Sandra Lucia Restrepo M. (1), Rosa María Morales G. (1), Martha Cecilia Ramírez G. (2), Maria Victoria López L. (2), Luz Estela Varela L. (2) los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud(b)
7. Isabel Siefer Navas participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado y factores relacionados de la propia familia, institución y del profesional de enfermería en las unidades médicas del hospital carlos van buren de Valparaíso,   
   22 ABRIL2a(b-1)
8. AmaurI de Jesús miranda guerrai; lázaro luís hernández vergelii; aida rodríguez cabrera, calidad de la atención en salud al adulto mayor, rev cubana med gen integr v.25 n.3 ciudad de la habana jul.-sep. 2009:
9. gabriel guajardo | maría teresa abusleme: el maltrato hacia las personas mayores en la región metropolitana, chile.
10. yulmys rodríguez borges\*; dra. celia maría díaz ontivero, valoración funcional del adulto mayor con discapacidad, 6 agosto 2009
11. ana cecilaia hotiz ,dorra lucia gavira ,martha palacios astrid marin ,doris ptricia garcia elizabeth montoya ,maria montoya participación del acopañamiento en el cuidado del paciente hospitalizado ,aria metropo, olga niria miria ,rosaileri villegas ,silvia restrpolitana medellin ,1999-2000
12. dr. miguel enríquez conocimiento sobre el maltrato al adulto mayor por un grupo de ancianos del policlínico bernardo posse rev haban cienc méd vol.12 no.4 ciudad de la habana oct,.dic. 2013.
13. varela pinedo luis1, chávez jimeno helver2, galvez cano miguel3, mendez silva francisco4funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, rev med hered v.16 n.3 lima jul./set. 2005(12).
14. penny montenegro felipe melgar cuellargeriatría y gerontología para el médico internist, 2012 sello la hoguera investigación.(c-0)
15. rving jaime fuente: mimp - situación de las personas adultas mayores en el per ú (c-1)
16. según la oms rebisado20 de abril del 2016 visitar <http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf> (d1).
17. MSc. Natalia Mayo Hernández. Dr. Hilario de Armas Mayo. 22 Abr. 2016 05:00:51 <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j7K3boiWTMAJ:ucha.blogia.com/2010/122501-auto-percepcion-y-convivencia-familiar-en-el-adulto-mayor.php+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe> (16)
18. <http://casadedescansoamistad.com/el-adulto-mayor-y-la-familia/> (b-1)
19. <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cuidadores-de-ancianos/las-familias-de-los-adultos-mayores-que-requieren-cuidados/> (b2
20. <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis1.pdf.(e-2)>
21. <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/100(e-3)>
22. Martha Vera 1 Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia \*Lima 2007http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3 (D-1)
23. **enfermedades ancianos España, Domingo 24 de Abril de 2016** [**http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp D-2**](http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp%20D-2)
24. **Universidad de Concepción. Magíster en Derecho de la Salud, Universidad de Los Andes. MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO REALIDAD E INVISIBILIDAD [REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 84-90]** [**http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\_servlet?\_f=10&pident\_articulo=90361763&pident\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=202&ty=62&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361763pdf001.pdf**](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361763&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=62&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361763pdf001.pdf)(D-3)
25. **sociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf (KKK)**

**ANEXO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**PRESENTACIÓN**

Buenos días señor (ra/rita), estamos realizando un estudio de investigación con el propósito de identificar tipo de dificultades para el acompañamiento familiar del adulto mayor con limitaciones de la locomoción y comunicación internados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital II-2-MINSA Tarapoto, información que permita interactuar frente al abandono de los adultos mayores hospitalizados y propender a su mejor recuperación. La información que usted nos brinde será anónima, confidencial y solo para ser usado en el presente estudio, agradezco por anticipado su colaboración.

**INSTRUCCIONES**

Lea atentamente cada uno de los ítems y conteste las alternativas que mejor responda su situación presente.

1. **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.**
2. **Sexo :** 1) F 2) M
3. **Edad :** ……………… años.
4. **Religión :** 1) Católico/a 2)Evangélico/a 3) otro…………………………
5. **Grado de estudio:** 1) Iletrada 2)Primaria completa 3) Primaria incompleta

4) Secundaria incompleta 4) Secundaria completa

5) superior universitaria 6) superior no universitaria

1. **Estado civil:**
2. Soltera 2) Casada 3) Conviviente
3. **Lugar de procedencia:** 1) costa 2) sierra 3) selva
4. **Residencia:** 1) Urbano 2) Rural 3) Urbano-marginal

Distrito: ……………………..

1. **Raza:** 1) Mestizo 2) Nativo 3) Blanca 4) Negra 5) Oriental
2. Parentesco de paciente:

* Esposo/a
* Hijo/a
* Sobrino/a
* Hermano/a
* Nieta/o
* Otro/a………

1. **DIFICULTADES DE CONVIVENCIA Y NIVEL SOCIOECONOMICO.**
2. **Ocupación de familiar:**
3. Ama de casa 2) Desempleada/o 3) Independiente profesional

4) Comerciante 5) otro……………………………

1. **Ingreso económico familiar:**

* Menor de S/. 750.00
* S/. 751.00 - S/. 1500.00
* S/. 1501.00 y más

**Motivos por lo que el familiar argumenta que no acompaña al adulto mayor con limitaciones de la locomoción y comunicación hospitalizado.**

***Marque con una X la alternativa que considera su respuesta***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Argumentos | siempre | A veces | Nunca |
| **Motivación** | | | | |
| 01 | No me siento motivado a visitar ni apoyar |  |  |  |
| 02 | Tengo flojera de ir al hospital |  |  |  |
| 03 | No me siento comprometido |  |  |  |
| 04 | Tengo malos recuerdos sobre la/el paciente |  |  |  |
| 05 | Siento que vivo muy lejos del hospital |  |  |  |
| **Dificultades con el horario de trabajo** | | | | |
| 06 | Trabajo todo el día |  |  |  |
| 07 | Me canso en mi trabajo |  |  |  |
| 08 | Hago horas extras |  |  |  |
| 09 | Trabajo fuera de la ciudad |  |  |  |
| 10 | No tengo movilidad de mi trabajo |  |  |  |
| **Falencias económicas** | | | | |
| 11 | No tengo como movilizarme |  |  |  |
| 12 | No tengo dinero para comprar medicinas |  |  |  |
| 13 | Gano muy poco, no me alcanza para atenderlo/la |  |  |  |
| 14 | No tengo trabajo |  |  |  |
| 15 | No puedo atenderle porque no tengo obligaciones. |  |  |  |
| **Costumbres** | | | | |
| 16 | Mi religión no me permite |  |  |  |
| 17 | Los viejitos/tas deben de descansar |  |  |  |
| 18 | El estado tiene que encargase de ellos |  |  |  |
| 19 | Le visito cuando me toca mi turno en la familia. |  |  |  |
| 20 | No tengo la costumbre de visitar enfermos. |  |  |  |