**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

****

**GRADO DE APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA :** Bach. Stephanie Silvinna, Rodríguez Alayo

**ASESORA :** Mg. Enf. Milagritos del Rocío León Castillo

**TRUJILLO – PERÚ**

**2014**

**DEDICATORIA**

A mi querida madre, ***Norma:***

Gracias por no desistir, por tu firmeza y alentarme cuando todo parecía difícil; por tus desvelos y lucha diaria porque no nos falte nada. Te amo, madre.

A mi querido padre, ***Javier:***

Por tu esfuerzo y apoyo para lograr mis metas profesionales y ser una mejor persona. Gracias de corazón.

A mis adorados abuelos,

***Marino y Sofía*:**

Su esfuerzo y sacrificio hoy ha dado frutos. Gracias por su apoyo incondicional y darme la oportunidad de tener una profesión. Son el ejemplo de lucha y perseverancia, los amo infinitamente.

A mi querida hermana,

***Pierina*:**

Gracias por creer en mí, por estar conmigo en todo momento y por ser parte de mi vida. Te quiero.

***Stephanie***

**AGRADECIMIENTO**

Mi profundo agradecimiento a mi asesora ***Mg. Milagritos del Rocío León Castillo,*** por su acertado, valioso y eficiente asesoramiento; por compartir sus conocimientos y experiencias, lo cual hizo posible la culminación de la presente tesis.

Mi especial agradecimiento al ***Ing. Jorge Rodríguez Zavala*,** por su paciencia, tiempo dedicado y apoyo constante en la realización del presente estudio de investigación.

Mi sincero agradecimiento al personal del **Puesto de Salud Alto Moche**, en especial a la Gerente ***Dra. Enf.* Mercedes Rodríguez Sánchez*,*** por su apoyo incondicional en la realización de la presente investigación.

***Stephanie***

**TABLA DE CONTENIDOS**

Pág.

DEDICATORIA i

AGRADECIMIENTO .ii

TABLA DE CONTENIDOS iii

ÍNDICE DE TABLAS iv

ÍNDICE DE GRÁFICOS v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

1. INTRODUCCIÓN 01
2. MATERIAL Y MÉTODO 26
3. RESULTADOS 35
4. DISCUSIÓN 42
5. CONCLUSIONES 50

1. RECOMENDACIONES 51
2. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS 52

ANEXOS

**ÍNDICE DE TABLAS**

Pág.

.

**Tabla N° 1**: GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS

MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012 36

**Tabla N°2**: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012 38

**Tabla N°3:** GRADO DE APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN

CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO

MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012 40

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Pág.

**Gráfico N°1:** GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS

MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012 37

**Gráfico N°2:** NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012 39

**Gráfico N°3:** GRADO DE APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN

CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO

MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012 41

**RESUMEN**

El presente estudio, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche, debidamente registrados. Se consideró el universo muestral conformado por 65 adultos mayores, correspondiendo según género, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Para la recolección de datos e identificar el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida se utilizaron dos instrumentos: cuestionario sobre el grado de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos formulado por la autora del presente estudio, el análisis de la relación entre las variables de estudio, se realizó mediante la prueba estadística de fiabilidad Alpha de Cronbach y de correlación de Pearson. Los resultados señalan que, el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Así mismo, los hallazgos evidencian que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró correlación significativa entre ambas variables de estudio p < 0.01.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto Mayor Hipertenso - Apoyo Familiar - Calidad de Vida.

**ABSTRACT**

The present study, correlational descriptive cross-sectional, whose objective was to determine the grade level Family Support and Quality of Life in Elderly Hypertensive, attending the Health Post Alto Moche duly registered . The sample universe comprised 65 older adults , corresponding by gender, 40 (62 %) women and 25 (38 %) men with a diagnosis of hypertension was considered. Questionnaire on the level of family support

(APGAR FAMILY) in elderly hypertensive patients , made ​​by Gabriel Smilkstein and questionnaire on quality level: To collect data and identify the degree of family support and quality of life two instruments were used of life in elderly hypertensive made ​​by the author of this study, analysis of the relationship between the study variables was performed using the statistical reliability test of Cronbach Alpha and Pearson correlation. The results show that 36.92% of elderly hypertensive patients showed high degree of family support, 58,46 % average and only 4,62% of them had low level of family support. Furthermore, the findings show that 36,92% of elderly hypertensive patients proved to have good quality of life, 44,62 % and 18.46% regulate a level of poor quality of life. Significant correlation between the variables study p < 0.01 was found.

**KEYWORDS:** Hypertensive Elderly - Family Support - Quality of Life

1. **INTRODUCCIÓN**

Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen la enfermedad de la hipertensión, correspondiendo este dato al 25% de los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias; 7,2 millones por enfermedades coronarias y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La hipertensión arterial, está presente en la causalidad de estas defunciones, en la mayoría de los países, la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. Se determina que la frecuencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de hipertensión arterial (40).

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el año 2050 en América Latina la población llegará a cerca de ochocientos (800) millones de personas y aquellas con más de 60 años de edad serán casi el 25% de toda la población, es decir, una de cada cuatro personas será adulto mayor. Ante este escenario, es pertinente prepararse con mayor celeridad, y así poder proteger la vida y la salud individual y colectiva a nivel nacional y especialmente en los Centros Poblados como el de Miramar, lugar de investigación del presente estudio (43).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al 11 de junio del 2011, estimó 29 millones 798 mil habitantes en el Perú. La población adulta mayor de nuestro país, integrada por personas de 60 años a más, asciende a 2 711 618 que representan el 9.1% de la población total. En la Región La Libertad, existen 1 758 082 habitantes que

representan el 5.9% de la población del Perú, de los cuales 167 017 habitantes son adultos mayores de 60 años a más; la provincia de Trujillo tiene 914 036 habitantes, siendo adultos mayores un total de 91 403 habitantes **(**18) (33).

El Distrito de Moche, de la Provincia de Trujillo, cuenta con una población de 38 625 habitantes, de los cuales 3 159 pertenecen a la población adulta mayor. El centro poblado de Miramar, zona de investigación del presente estudio tiene 7 582 habitantes, donde su población de adultos mayores corresponde a un total de 620, de los cuales 124 (20%) tienen el diagnóstico de hipertensión arterial (48).

Según los datos estadísticos antes señalados, en la actualidad se viene evidenciando con mayor incremento una transición demográfica que años atrás no se manifestaba, lo que permite observar que la distribución poblacional entre los distintos grupos de edad ha ido experimentando una serie de cambios, traduciéndose en un progresivo envejecimiento, dando como resultado que la esperanza de vida ha aumentado haciendo que la población se caracterice por presentar un cierto índice de enfermedades crónico degenerativas (45).

A nivel nacional e internacional, no existen trabajos que relacionen directamente el grado de apoyo familiar sobre el nivel de calidad de vida, sin embargo existen trabajos similares:

MONTOYA, J y URBINA, A. en Perú. en el 2011, efectuaron su estudio de investigación acerca de Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor, el cual se realizó en el Centro del Adulto Mayor Essalud-Trujillo, en 78 usuarios, donde se concluyó que el 69,23% de adultos mayores presentaban un alto grado de apoyo familiar; el 66,67% de adultos mayores con HTA obtuvieron un adecuado nivel de información y por último, no se encontró relación estadística significativa entre apoyo familiar y el nivel de información sobre HTA y complicaciones en el adulto mayor (41).

BUSTAMANTE, Y y ESPINOZA, R. en Perú, en el 2007, en su investigación sobre influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo - Cajamarca, en 74 adultos mayores, concluyeron que en el asilo de Cajamarca el 88,2% de los adultos mayores tenían una calidad de vida adecuada y el 67,7% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales; en el asilo de Trujillo el 67,5% de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida adecuada y un 42,5% se sentían satisfechos en sus necesidades psicosociales, también evidenciaron que la calidad de vida influye significativamente en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales de los adultos mayores de los Asilos en mención (10).

GONZÁLEZ, A. y VÁZQUEZ, Y. en Cuba, en el 2004, realizaron un estudio descriptivo para caracterizar la participación familiar y la relación profesionales de la salud y Apoyo Familiar, en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos, reportando que la deficiente interrelación profesionales de salud, familia, la disfuncionalidad familiar y el apoyo familiar deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial. Además, determinaron que existen necesidades educativas importantes en la familia para ofrecer un apoyo eficaz a estos pacientes (26).

MARÍN, F y RODRÍGUEZ, M. en México, en el 2001, en su investigación sobre Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial (HAS), en 80 personas que tuvieron diagnóstico establecido de HAS, 40 pacientes en cada grupo, considerando como casos a los pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego al tratamiento, donde se determinó que el 77,5%de pacientes con apego tenían control de la presión arterial y 27,5% sin apego, también. El apoyo familiar que recibían los pacientes fue significativamente mayor en los casos, 74.1±7.1 puntos versus 52.0±8.5 puntos en los controles, p<0.0002, 29 (72.5%) pacientes con apego y 12 (30%) sin apego tuvieron apoyo familiar, (RM 6.1; IC 95% 2.2-18.4, p= 0.0003). Diez pacientes (83.3%) en el grupo control y los 29 (100%) en el grupo de casos que recibían apoyo de la familia, percibían el apoyo que su(s) familiar(es) otorgaban (36).

La salud de la persona disminuye a medida que envejece, y así llega la edad adulta tardía o adulta mayor, este último periodo comprende, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la edad de 60 años en adelante, caracterizándose por una decadencia general del funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo, denominándolo proceso de envejecimiento, en el cual se suscitan diversos cambios

propios a la edad que se traducen inclusive en patologías crónicas sino se ha llevado la práctica de estilos saludables (16).

El envejecimiento es un proceso irreversible que afecta de forma heterogénea a las células que conforman los seres vivos, las cuales con el paso del tiempo se ven sometidas a un deterioro morfo funcional que puede conducirlas a la muerte. Según Kirkwood, los seres vivos han sido diseñados para reproducirse y posteriormente extinguirse, puesto que la evolución ha optado por favorecer la reproducción frente a la inmortalidad; de esta forma, una vez traspasado el umbral que deja atrás el período fértil de la vida, los seres vivos, y como tal el ser humano, inician un declive progresivo de todas sus funciones y capacidades con el consiguiente deterioro físico e intelectual (45) (51).

El envejecimiento es considerado como la sumatoria de varios factores, señalando a la fuerza genética primigenia como aquella que permite atravesar la vida siguiendo una trayectoria óptima previsible al concluir el crecimiento, los cambios ambientales y endógenos, la enfermedad, las presiones inherentes al estilo de vida, nutrición y errores metabólicos, serían limitantes del proceso de desarrollo y de la longevidad máxima potencial (46).

En el último siglo se han presentado numerosas teorías del envejecimiento, entre las cuales se tiene a la **teoría molecular**, que supone que la duración de la vida de algunas especies está gobernada por los genes que interactúan con los factores ambientales. Así también, existe la **teoría celular**, que comprende la acumulación de lipofucsina y radicales libres que se plantean como algunas sustancias tóxicas de tipo endógeno (como ciertos alimentos o el tabaco). Y finalmente, la **teoría sistémica**, donde el envejecimiento es producto del deterioro de las funciones de los sistemas claves como el nervioso, endocrino (eje hipotálamo-hipófisis) o el inmunológico (7) (51).

En el periodo del adulto mayor se suscitan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil. Algunos de los cambios físicos son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis en las mujeres, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad, los mecanismos inmunológicos que permiten defenderse de las infecciones y también del cáncer pierden eficiencia(3).

Los problemas de salud afectan a personas de todas las edades, pero las enfermedades crónicas son más comunes en el adulto mayor, su frecuencia aumenta con la edad y muchos ancianos padecen varias enfermedades de este tipo. La afección crónica se define como el cuadro médico o problema de salud que se relaciona con síntomas o incapacidad y que requiere tratamiento a largo plazo, en algunas ocasiones pueden producir incapacidad parcial y total, una de estas enfermedades es la hipertensión arterial, que puede conducir a cambios neurológicos y vasculares que originan enfermedades del corazón, de los riñones y de la vista, como insuficiencia cardiaca, infarto miocárdico, insuficiencia renal, apoplejía y visión deficiente. La presión arterial alta, conocida como hipertensión puede resultar de un cambio en el gasto cardiaco donde la presión arterial sistólica es superior a 140 mmHg y una diastólica superior a 90 mmHg por un periodo prolongado (8) (9).

Existen dos formas de hipertensión arterial, la hipertensión primaria donde el incremento de la presión arterial no puede identificarse, y lahipertensión secundariacuya causa es identificada. Se afirma que la hipertensión arterial contribuye a la velocidad con que se acumulan placas de ateromas en las paredes arteriales que progresivamente contribuye a la muerte por enfermedad cardiaca, renal y vascular periférica (7) (8).

Por otro lado, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo, es la que participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbimortalidad por eventos cardiacos, cerebro vasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica, como riesgo continuo sin evidencia de umbral, hasta por debajo de 115/75 mmHg, por lo que la expectativa de vida de estos pacientes se encuentra reducida**,** no obstante, las estadísticas no reflejan de manera precisa las cifras reales. En las personas de edad avanzada, la hipertensión es el factor de riesgo principal para la enfermedad cardiovascular, los índices de predominio probado en la población de edad avanzada, indican que el 20% padecen hipertensión sistémica aislada (1) (38) (49).

La hipertensión arterial ha sufrido cambios en su definición, según, el 6° Reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (Estados Unidos), el límite para definir a una persona con hipertensión arterial es ≥ de 140 mmHg en la sistólica y/o una elevación ≥ de 90 mmHg en la diastólica. Sin embargo, es preciso confirmar que la elevación de la presión arterial, sea genuina, es decir, descartar que factores externos pudieran ocasionar la elevación transitoria de la presión arterial en un momento dado, tales como: esfuerzo físico, ingesta de café, o cualquier otra sustancia estimulante que al ser ingerida una hora antes de la toma de la presión arterial, va a alterar los parámetros básicos (9) (38).

De acuerdo, a la Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Hipertensión, las cifras de clasificación de la hipertensión arterial varían (ANEXO N° 1). Se afirma, que el régimen de tratamiento para un adulto mayor con hipertensión, se convierte en responsabilidad del usuario o de uno de los familiares, con ello se contribuirá a recuperar y conservar la salud, asumiendo la responsabilidad compartida y/o de auto cuidado (9) (34).

Evidentemente, esta responsabilidad está directamente relacionada con patrones diversos que manifieste el adulto mayor hipertenso en su estilo de vida. Donde éste influye considerablemente en su calidad de vida, reconociéndose así que la forma como el ser humano vive desde etapas previas a su adultez mayor son decisorias para obtener la calidad de vida óptima para su desarrollo integral (3).

El estilo de vida saludable en el adulto mayor, se define como las prácticas, actitudes y conocimientos que éste posee, las cuales conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, adquiriéndose básicamente de la interacción entre las acciones aprendidas durante el proceso de socialización desde etapas tempranas y las condiciones de vida del adulto mayor determinando así, el riesgo en el manejo de cualquier enfermedad crónica degenerativa que lo pueda afectar, sin dejar de lado que la familia a la que pertenece también tiene un rol prioritario (39).

Esta situación exige un apoyo importante del sistema familiar, del adulto mayor, pues requiere que lo ayude, en la vigilancia de la enfermedad, así como en la toma de decisiones, y sobre todo en la ejecución de acciones adecuadas. Como padecimiento crónico, la hipertensión arterial es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el que la padece. Por lo que, el apoyo familiaresclave para las medidas de control de la hipertensión, se señala que al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, promoviendo positivas relaciones interpersonales familiares va a favorecer el cumplimiento del tratamiento. De allí, la importancia del apoyo de la familia que repercute en la salud y bienestar de los seres humanos (19).

Por ello, cabe señalar que el papel del factor humano en el proceso salud -enfermedad va mucho más allá de la básica relación enfermera - paciente e incluso del rol activo y responsable de la persona para con su salud y bienestar, y presupone legitimar el importante papel de la familia en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros, ello adquiere especial significación en el caso de las enfermedades crónicas cuya atención y afrontamiento sobrepasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana del ser humano hipertenso y sus familiares (20).

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que la persona se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones, normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que estas acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del ser humano, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países (35) (36).

Según Hortwitz (1998), describe la salud como “un producto social, que es la responsabilidad de todos”. Los modos como se afronten las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre la vida del ser humano, son determinantes para el desarrollo de su salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Al hablar de salud se debe considerar la concepción de la misma como un proceso donde es necesaria la participación activa de la persona, la familia y la comunidad, y por tanto, es una construcción colectiva donde existen derechos y deberes, que requieren del aprendizaje y coparticipación de las personas implicadas en el proceso (28).

La hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante en cuyo descontrol inciden diversos factores, como la falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante, esta realidad existente en un contexto de rutina en la atención de la salud, con actuaciones pasivas de los usuarios y sus familias agravan la situación de salud afectando la calidad de vida personal y colectiva (26).

A pesar, de que las enfermedades físicas, se pueden presentar bajo varias formas, es en el ámbito familiar donde, cada vez más serán resueltas; por eso los profesionales de la salud necesitan instrumentalizarse para adquirir una visión crítica y así ofrecer una asistencia de calidad. Por ello, el apoyo familiar, es vital en los resultados de la rehabilitación del paciente, algunos con deficiencias físicas severas, crean crisis dentro de la familia y no sólo en ellos, es aquí donde los profesionales de enfermería asumen su rol compartido, requiriéndose largos periodos de supervisión, observación y cuidado.

Por causa de las necesidades a largo plazo, la persona con deficiencias, frecuentemente, depende de sus familiares para el cuidado físico. El grado de recuperación puede depender de la habilidad que tenga la familia para ofrecer apoyo a la persona con deficiencias que, frecuentemente, se transforma en una sobrecarga significativa para la familia, por lo que el apoyo familiar se constituye en una de las unidades fundamentales de la calidad de vida del adulto mayor (29).

Es así que, se llega a afirmar que el personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta de la persona con afectación de su salud, para producir cambios positivos en los estilos de vida no saludables, como el hábito de fumar, el sedentarismo, alcoholismo, dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad. Se puede apreciar que, cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, generándose vacíos en las funciones familiares, lo que origina un desequilibrio en la familia, haciéndola disfuncional (5) (36).

El apoyo familiar se define como la característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes que la componen, en el rol de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece (5) (44).

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

requieren atención sobre las necesidades que se presentan durante la evolución de la enfermedad (29).

Existen cinco tipos de apoyo familiar, así se tiene al *apoyo emocional*, aquel que se proporciona al adulto mayor, enfatizando confianza, atención, amor, compañía, seguridad y preocupación por él, estableciendo con los demás una relación de concesiones mutuas basadas en un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad. El *apoyo valorativo*, refuerza en el adulto mayor su autoestima, aptitudes positivas hacia sí mismo y auto respeto; caracterizado por la percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas. El *apoyo informativo*, que le ofrece información y consejos cognitivos que benefician la salud, además de noticias de interés caracterizado por el empleo de la comunicación. El *apoyo instrumental*, donde se brinda al adulto mayor bienes y servicios en tareas de la vida cotidiana; y por último, el *apoyo económico,* caracterizado por el apoyo material (44).

Todo lo relacionado, con apoyo familiar, tiene interacción directa con el funcionamiento familiar, entendido como dinámica relacional interactiva y sistémica que se suscita entre los miembros de la familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, la que, para fines del presente estudio será tomado como la percepción que el adulto mayor posee. En este caso, el apoyo familiar y las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad, son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud (11) (24).

Se afirma, que el apoyo familiar continúa siendo la fuente fundamental de ayuda para los adultos mayores; en cambio las condiciones como la migración, actividad laboral de los hijos (especialmente de las hijas y el necesario cuidado de los nietos), el vivir solos y la situación económica y de salud de los adultos mayores, imponen a las familias, necesidades específicas de apoyo, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en la propia red familiar y vecinal, muy poco es lo que contribuyen otro tipo de actores como las iglesias o programas de gobierno. Esta condición coincide con estudios que se han realizado en América Latina, donde se muestra que a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, los adultos mayores cuentan fundamentalmente con el apoyo familiar para poder solventar principalmente, sus problemas de acceso a comida y medicamento (28) (44).

Estos elementos deben estar presentes en el debate académico y político sobre la reorganización de los sistemas de protección social, tal como lo señala Aguirre, en el que se defina la responsabilidad de los cuidados de los adultos mayores, ya que sin duda tienen un impacto importante frente a la necesidad de apoyo de este sector de la población. La integración social de los adultos mayores juega un papel más importante que muchos de los riesgos tradicionalmente considerados para ellos: “el estar aislado supone un riesgo para la salud en magnitud comparable a los riesgos asociados al hábito de fumar, hipertensión arterial y la obesidad” (41).

En la actualidad el reto para la sociedad es cambiar la forma como se vive la vejez, donde el objetivo no es alcanzar más años de vida, sino lograr que los años que se vivan sean con calidad de vida y dignidad, independientemente de ser hombre o mujer y de tener cierta posición social, lo cual lleva de nuevo a la reflexión del envejecimiento como una responsabilidad social, no como una situación individual que cada persona debe resolver según sus recursos sociales, culturales, emocionales o económicos (35).

En este sentido, y en un intento por evaluar algunos aspectos de la familia, se han efectuado diversos procedimientos, como el conocido, validado y utilizado APGAR Familiar, que es un instrumento de rápida y sencilla aplicación, el mismo que se sustenta en un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, operando como una escala, en la cual el entrevistado, que en este caso será el adulto mayor con hipertensión, coloca su opinión del funcionamiento de la familia en algunos temas clave, considerados marcadores de las principales funciones de la familia (23) (35).

El APGAR Familiar, es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test, se basa en la premisa, que los miembros de la familia perciben su funcionamiento y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Con este instrumento, se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de que el equipo de salud les brinde seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario (23) (29).

El Doctor Smilkstein, utilizó el acrónimo APGAR, para recordar los cinco componentes de la función familiar: **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,** 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 y física; en la autorrealización de los miembros de la familia a través del soporte y fuerza mutua. **Afecto,**  relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia (23).

El APGAR es un instrumento que se diligencia por sí mismo, es fácilmente entendido por personas con educación limitada, y se puede completar en muy poco tiempo. Se formuló para ser usado, en distintos estratos socioeconómicos, y diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos, que indiquen la integridad de componentes importantes, de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa, en como los miembros de una familia perciben su función familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción, en el cumplimiento de sus necesidades familiares, reflejándose esto en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso (14) (37).

Considerando que la familia proporciona soporte básico para el adulto mayor, que repercuta en su calidad de vida (salud física, salud psicológica, capacidad funcional, y salud social). Todos éstos y más son componentes de la calidad de vida, ésta es un término cuya comprensión parece evidente, espontánea y global. Sin embargo, es sumamente difícil expresar la carga de significado y sentido del concepto, sobre todo cuando la interpretación del mismo varía de persona a persona. La calidad de vida es, como muchos otros, un concepto de límites borrosos que requiere un consenso en su significado (25).

La búsqueda para mejorar la calidad de vida se ha convertido en una creciente preocupación para los individuos, comunidades y gobiernos, los cuales buscan encontrar satisfacción, felicidad y proyectar a futuro, un mundo mejor para los adultos mayores. Esto implica realizar investigaciones, tanto de aspectos, como de variables, que permitan conocer mejor los factores que determinan la calidad de vida y la satisfacción. Un primer intento, por describir el concepto de calidad de vida, desde múltiples aspectos, fue propuesto por Abraham Maslow en su obra: Una Teoría sobre la Motivación Humana de 1943 que posteriormente amplió. Maslow, definió de manera jerárquica, su teoría psicológica, mediante una pirámide de cinco niveles, colocando las necesidades más básicas o simples en la base y los más relevantes o fundamentales en la cima, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor. En la última fase, se encuentra con la autorrealización que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía (10) (15).

La pirámide evidencia, los estados de necesidades básicas o de deficiencia y las necesidades del ser, es decir, en la cotidianeidad alguna personas vinculan la calidad de vida con un trabajo digno y bien remunerado que les permite acceder a los bienes y servicios básicos como vivienda, educación o salud, mientras otros, en sociedades más desarrolladas, se enfocan en la autorrealización y la trascendencia. El significado de la calidad de vida es una de las mayores dificultades para los investigadores hoy en día y son múltiples los intentos teóricos e históricos que se han realizado a lo largo del tiempo para definir las variables e indicadores que inciden sobre la calidad de vida (25).

Es conveniente, revisar la evolución del concepto de calidad de vida en la era moderna para lograr una comprensión integral del mismo, en los años cincuenta y sesenta, el concepto de calidad de vida entra en debate público ante el deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida urbana, crece el interés por conocer el bienestar humano y el impacto de la industrialización en la sociedad. A mediados de los años setenta se logra un alto desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales generando un proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. El término calidad de vida se convierte en un concepto integrado que comprende todas las áreas de la vida, reconociendo su carácter multidimensional, y las condiciones tanto objetivas como subjetivas. En la década de los ochenta se concretiza la investigación en torno a la calidad de vida y en los noventa surgen diversos conceptualizaciones y propuestas de modelo de calidad de vida que brindan una perspectiva amplia, en donde se la define como la calidad de las condiciones de vida de una persona (15).

En el Perú, en el año 2006, el Congreso de la República, ha dado la Ley N°28803: “Ley de las Personas Adultas Mayores” que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio pleno, de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida, normativa que permite fundamentar la priorización en la atención de salud de este grupo de riesgo poblacional (Anexo N° 7) (32).

Por otra parte, dependiendo del apoyo familiar, el usuario hipertenso manifestará una calidad de vida adecuada o no. Por lo mismo, se tendría que definir la calidad de vida de los adultos mayores, Janssen (2004) sostiene que ésta no debería ser evaluada o estudiada exclusivamente en alguna área específica, tales como de la salud, ambiental, social o espiritual, esto debido, a que la vida de cada persona está formado por una complejidad de experiencia y oportunidades. Las percepciones de la calidad de vida son multifacéticos y únicas para cada ser humano, sin embargo, en la realidad, muchas herramientas diseñadas para medir la calidad de vida en los adultos mayores, se fundamentan y concentran en temas relacionados al estado de salud, de los mismos (2).

La calidad de vida, es un concepto valorativo y como tal presenta dos grandes dimensiones, objetiva y subjetiva. La primera dimensión **Objetiva**, se centra en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndole un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte socio demográfico. Entre los indicadores objetivos se encuentran aquellos relacionados con la satisfacción de las necesidades humanas básicas, como la salud (esperanza de vida, mortalidad, nutrición, servicios de salud, etc.), los educacionales (índice o nivel de instrucción y el acceso a los servicios educacionales) y los recursos de tipo económico (ingresos per-cápita, el producto nacional bruto) o de tipo social (como el índice de delincuencia, etc.) (15).

La segunda dimensión **Subjetiva**, está comprendida por la percepción y la valoración que hace el sujeto de su calidad de vida, lo cual se ve reflejado en sentimientos, actitudes y opiniones valorativas personales, ya sean positivas o negativas, ésta dimensión depende en gran medida del balance personal, donde la mayoría de los adultos mayores consideran al apoyo familiar como uno de los principales componentes que influye en su satisfacción, dependiendo de ésta su nivel de calidad de vida (15) (45).

La calidad de vida, es un concepto complejo por su carácter multidimensional que involucra diversos aspectos, en el caso, de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se encuentran con mayor énfasis hacia la realización personal, familiar y profesional del grupo social, es decir, dada la existencia de sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida, siendo otra de sus características la influencia cultural, por cuanto, la persona no está aislada, sino dentro de un contexto en el que influye su formación y experiencia (25).

Es pertinente acotar, que existe un gran número de trabajos que estudian la calidad de vida, pero en función de una patología determinada, o de una etapa de vida concreta; sin embargo, existen pocos estudios, con enfermos crónicos. Se ha encontrado que el perfil del paciente con peor calidad de vida es mujer, con bajo nivel de estudios, sedentarismo y antecedentes de cardiopatía isquémica y escaso apoyo social afectivo. Esto, nos da una compresión básica de lo que significa el concepto de calidad de vida y como está íntimamente ligado a la plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad de la persona. Si a esto, se le añade una de las mayores aspiraciones del ser humano: vivir más tiempo y con mayor bienestar, la calidad de vida representa entonces un tema relevante en la bioética actual, en tal sentido, se puede especificar que ésta toma una prioridad aún más elevada para el adulto mayor, que en otras etapas de la vida del ser humano (21) (27).

Para interpretar de manera descriptiva la definición integral de calidad de vida, se considera el desarrollo del **Modelo Conceptual de Satisfacción con Calidad de Vida**, el cual señala alcontexto cultural que influye sobre los individuos de cada sociedad, reconociendo que tienen un sistema de costumbres y creencias morales que condicionan a las personas, quienes viven bajo un pluralismo moral entre una ética cívica de mínimos y una ética de máximos (15) (53).

Específicamente, se trata de un sistema que facilita la convivencia entre ciudadanos que aprecian la vida bajo diversas cosmovisiones (religiosas, filosóficas, políticas, o culturales) que a su vez comparten valores, así como normas mínimas y máximas. Estas normas definen la base de la vida en sus sociedades desde el concepto de individualismo y colectividad, hasta el sentido etnocéntrico de sus miembros, así como ser la fuente generadora de aspectos objetivos y que influye sobre los aspectos subjetivos (53).

El modelo mencionado culmina en la **satisfacción con calidad de vida**, como una medida integral de cómo cada persona percibe su calidad de vida objetiva y subjetiva. Estos dos aspectos son indivisibles, cabe señalar que la satisfacción con la calidad de vida varían continuamente conforme a los avances en la vida de las personas, sus logros y experiencias, los cambios culturales que la afectan, entre otras condiciones; asimismo, lo objetivo y subjetivo se relacionan y se retroalimentan, lo objetivo define condiciones y lo subjetivo permite identificar cómo cada individuo, segmento o sociedad se siente frente a determinadas condiciones integrales o aisladas, y permite que los sectores públicos y privados identifiquen así necesidades a ser cubiertas, para continuar hacia la mejora de la calidad de vida de las personas; esto es continuo y permanente (22).

Es así que, el presente estudio se realiza por la motivación existente en la investigadora, originada en la experiencia directa que se tuvo, durante las prácticas pre-profesionales de Enfermería en el Centro Poblado de Miramar, en donde se identificaron casos de hipertensión arterial en adultos mayores, grupo de riesgo poblacional que está incrementándose progresivamente y a quienes se les proporciona el cuidado de enfermería para prevenir esta patología y, si la presentan lograr controlarla a través de la adopción de oportunas medidas de auto cuidado sostenibles, que repercutan en su calidad de vida.

Cabe señalar que el adulto mayor hipertenso que habita en Miramar, tiene un nivel económico bajo, presentando además creencias, actitudes y prácticas que se ven influenciadas por sus patrones culturales, los mismos que inciden de manera negativa en su salud, pues no practican estilos de vida saludable; ya que no tienen los conocimientos necesarios de prevención de la hipertensión arterial, que es una medida importante, universal y menos costosa y, tampoco acuden oportunamente al puesto de salud respectivo para sus controles, lo que impone, un desafío importante para todas las instituciones de salud, gobierno local y regional, por constituir un factor de riesgo para otras enfermedades.

En tal razón, conceptuamos como prioridad, se tenga en cuenta que, toda persona pertenece, vive y se desarrolla dentro del sistema social primario denominado familia, que se encuentra organizado, como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, y que, como grupo social debe cumplir funciones básicas como son, el cuidado, afecto, socialización, educativas, económicos, entre otros.

Por tanto, resulta necesario no sólo investigar en el adulto mayor con hipertensión arterial, sino también la interrelación con su familia, determinando la necesidad de modificar su ambiente para promover el rol de apoyo que todo sistema familiar debe proporcionar al paciente, logrando con ello, una adecuada vigilancia del integrante que presenta la enfermedad, siendo capaces de tomar decisiones asertivas y ejecutar acciones correctas. En tal sentido, se reconoce que el apoyo familiar es clave, para el control de la hipertensión, pues al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés y mejore el cumplimiento del tratamiento y las medidas de auto cuidado será la base sustantiva de esta protección, así como las relaciones interpersonales familiares y adicionalmente la educación concordante según las necesidades, intereses y expectativas que el adulto mayor y su familia presenten.

En este contexto, se precisa de una atención del profesional de Enfermería, que refleje las transformaciones que el concepto de salud ha tenido en el transcurso de los años, con actuación consecuente, con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas. De hecho, la efectividad de un tratamiento, no depende exclusivamente, de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico, como lo son del régimen y la actividad física.

Por todo lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se pretende investigar: **¿Cuál es la relación entre el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar, 2012?,** siendo esta investigación de gran importancia y magnitud, dado que, conocer la relación planteada, en un paciente hipertenso, contribuye a identificar estrategias, a efectos de mantener en lo posible, el núcleo familiar que permita una mejor calidad de vida, y un mejor control del paciente enfermo.

**OBJETIVOS**

**Objetivo General:**

Determinar la relación entre el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso. Miramar, 2012.

**Objetivos Específicos**

* Identificar el Grado de Apoyo Familiar en el adulto mayor hipertenso.
* Identificar el Nivel de Calidad de Vida del adulto mayor hipertenso.

**HIPÓTESIS**

Si el Grado de Apoyo Familiar es alto, entonces el Nivel de Calidad de Vida del adulto mayor hipertenso será buena.

1. **MATERIAL Y MÉTODO**
2. **Material**
   1. **Población:**

La población estuvo conformada por 124 adultos mayores hipertensos del centro poblado Miramar, que asisten al Puesto de Salud Alto Moche.

**1.1.1. Criterios de Inclusión:**

* Adultos mayores que vivan en la jurisdicción del Centro Poblado de Miramar.
* Adulto mayor de ambos sexos con hipertensión arterial.
* Adulto mayor que acepta participar, en la aplicación de los cuestionarios referidos al APGAR Familiar y Nivel de Calidad de Vida.

**1.1.2. Criterios de Exclusión:**

* + Adulto mayor con padecimiento de problemas cognitivos.
  + Adulto mayor que no pertenezcan al registro del Puesto de salud Alto Moche.
  1. **Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, que fueron encuestados para identificar el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida (Anexo N° 2).

* 1. **Unidad de Análisis:**

Estuvo constituida por cada uno de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten al Puesto de Salud Alto Moche.

1. **Método**

**2.1. Tipo de estudio:**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal (4), se realizó en adultos mayores hipertensos que asisten al Puesto de Salud Alto Moche.

**2.2. Diseño de investigación:**

El diseño general del estudio que se utilizó es el siguiente:

**M: X1 −−−− X2**

Donde:

**M:** Muestra

**X1:** Grado de Apoyo Familiar

**X2**: Nivel de Calidad de Vida

**2.3. Operacionalización de Variables:**

**Variable X₁: GRADO DE APOYO FAMILIAR**

**Definición Conceptual**

El apoyo familiar es la percepción que tiene cada uno de los adultos mayores, integrantes de la familia, de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en su persona para la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes (36).

**Definición Operacional**

* Grado de Apoyo Familiar Bajo : 00 - 03 puntos.
* Grado de Apoyo Familiar Medio : 04 - 07 puntos.
* Grado de Apoyo Familiar Alto : 08 – 10 puntos.

**Variable X₂: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA**

**Definición Conceptual**

Es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales del adulto mayor hipertenso (25).

**Definición Operacional:**

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

**2.4. Instrumentos de recolección de datos:**

El procedimiento de recolección de información en el presente estudio de investigación, consideró en primer lugar el contar con el consentimiento informado del adulto mayor hipertenso, con Carta de Autorización (Anexo N° 3). Se aplicaron dos (2) Cuestionarios, el primero estuvo formulado para determinar el Grado de Apoyo Familiar, el mismo que consta de 2 partes, la primera considera los Datos de Identificación representado en 8 ítems relacionados con la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento, número de integrantes familiares y tiempo que padece la hipertensión arterial. La segunda parte estuvo compuesta por 5 ítems que midió el Grado de Apoyo Familiar (Anexo Nº 4).

El segundo Cuestionario, se formuló, con el propósito de determinar el Nivel de Calidad de Vida del adulto mayor hipertenso, el mismo que consta de un total de 20 ítems(Anexo Nº 5).

**Escala de Valoración**

En relación, al Cuestionario sobre Grado de Apoyo Familiar se tomó como referencia el diseñado y formulado por el doctor Gabriel Smilkstein. El instrumento consta en su segunda parte de 5 ítems referentes al grado de apoyo de la familia al adulto mayor hipertenso, con un valor de: APOYO FAMILIAR BAJO: 00 - 03 puntos, APOYO FAMILIAR MEDIO: 04 -07 puntos y APOYO FAMILIAR ALTO: 08- 10 puntos. Con las siguientes opciones: SIEMPRE, A VECES y NUNCA; donde cada ítem toma el valor de 2, 1 y 0 puntos, respectivamente, obteniéndose un puntaje total de 10 puntos (Anexo Nº 4.1)

Para medir el Nivel de Calidad de Vida se tomó en cuenta el Cuestionario sobre Nivel de Calidad de Vida que consta de 20 ítems, formulados por la autora, considerando un valor para DEFICIENTE CALIDAD DE VIDA: 0 – 15 puntos, REGULAR CALIDAD DE VIDA: 16-28 puntos y BUENA CALIDAD DE VIDA: 29- 40 puntos. Dónde: SIEMPRE, equivale a 2 puntos; A VECES, equivale a 1 punto y NUNCA, equivale a 0 puntos. A excepción de los ítems 4, 5 y 6, que tienen un valor de 0, 1 y 2 puntos, respectivamente (Anexo Nº 5.1**).**

**2.5. Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos**

Para garantizar, los aspectos éticos de la población en estudio se otorgó las seguridades del caso a los adultos mayores hipertensos, a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse de la misma, en caso hubiesen aceptado participar y, durante la ejecución del estudio decidan ya no proseguir. Así mismo, se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes, así se estará aplicando los principios éticos señalados en la investigación con seres humanos. Para la obtención de la información, se tomó en cuenta un ambiente de privacidad, planificando como tiempo promedio para aplicar los cuestionarios unos 20 minutos aproximadamente (Anexo N° 3) (30).

**2.6. Procedimiento y análisis estadístico de datos, especificando el programa de computación utilizado**

El objetivo principal, de este tipo de instrumentos a utilizar, es obtener información **confiable** y **válida** queoriente sobre un determinado problema psicosocial, como el presente trabajo de investigación. En tal razón, los instrumentos propuestos, fueron aplicados mediante una **prueba piloto**, a una muestra de 20 adultos mayores hipertensos, del Centro de Salud CLAS - Materno Moche “Sta. Lucia de Moche” con características similares al universo de estudio, con la finalidad, de evaluar la redacción, entendimiento, practicidad, tiempo de aplicación y detectar aspectos inadecuados en la formulación de los ítems, que puedan menoscabar los Cuestionarios sobre el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida.

**Confiabilidad:**

La confiabilidad de los Instrumentos, se determinó mediante la prueba estadística Alpha de Cronbach, aplicada a la muestra piloto, tanto para el Grado de Apoyo Familiar, como para el Nivel de Calidad de Vida, obteniéndose los siguientes resultados:

**Estadísticos de fiabilidad para el Cuestionario de Grado de Apoyo Familiar**

|  |  |
| --- | --- |
| Alpha de Cronbach | N° de ítems |
| 0.90 | 5 |

**Estadísticos de fiabilidad para el Cuestionario de Nivel de Calidad de Vida**

|  |  |
| --- | --- |
| Alpha de Cronbach | N° de ítems |
| 0.80 | 20 |

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

**Validez:**

Para determinar la validez de los Instrumentos: Cuestionario para medir el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Calidad de Vida en adultos mayores con hipertensión arterial, se efectuó la prueba estadística de Correlación de Pearson(Anexo N° 6).Además fue revisado por el Juicio de Expertos, quienes dieron sugerencias para perfeccionar los instrumentos (Anexo N° 8).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CORRELACIONES** | | **Grado de Apoyo Familiar** | **Nivel de Calidad de Vida** |
| **Grado de Apoyo Familiar** | **Correlación de Pearson** | 1 | 0.762 |
| **Sig. (bilateral)** |  | 0.00 |
| **N** | 20 | 20 |
| **Nivel de Calidad de Vida** | **Correlación de Pearson** | 0.762 | 1 |
| **Sig. (bilateral)** | 0.00 |  |
| **N** | 20 | 20 |
| **\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).** | | | |

Concluyendo que ambos instrumentos son válidos para el presente estudio de investigación.

**Método y Análisis de Datos**

Los datos recolectados a través de los instrumentos fueron procesados de manera automatizada, utilizando el Software SPSS versión 17.0. Luego se realizará la tabulación simple y cruzada. Los resultados se ilustrarán mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. La asociación de datos se logrará aplicando la Prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado (X²) y el nivel de significancia estadística mediante la prueba de correlación de Pearson, la cual se consideró los siguientes criterios:

Si p > 0.05 no existe relación significativa.

p ≤ 0.05 si existe relación significativa.

p ≤ 0.01 si existe relación altamente significativa.

1. **RESULTADOS**

**TABLA N°1**

**GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRADO DE APOYO FAMILIAR | N° % |  |
| ALTO | 24 36,92 |  |
| MEDIO | 38 58,46 |  |
| BAJO | 03 4,62 |  |
| TOTAL | 65 100,0 |  |

**Fuente:** Cuestionario de Grado de Apoyo Familiar aplicado al adulto mayor hipertenso,

Miramar, 2012.

**GRÁFICO N° 1**

**GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012.**

**Fuente:** Tabla N°1

**TABLA N°2**

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NIVEL DE CALIDAD DE VIDA | N° % |  |
| BUENA | 24 36,92 |  |
| REGULAR | 29 44,62 |  |
| DEFICIENTE | 12 18,46 |  |
| TOTAL | 65 100,0 |  |

**Fuente:** Cuestionario de nivel de Calidad de Vida aplicado al adulto mayor hipertenso,

Miramar, 2012.

**GRÁFICO N° 2**

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. MIRAMAR, 2012.**

**Fuente:** Tabla N° 2

**TABLA N° 3**

**GRADO DE APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIVEL DE CALIDAD DE  VIDA | GRADO DE APOYO FAMILIAR | | | | | | | TOTAL | |
| **ALTO** | | **MEDIO** | | | **BAJO** | |
| **N°** | **%** | **N°** | **%** | | **N°** | **%** | **N°** | **%** |
| BUENA 24 100,0 - - - - 24 36,92 | | | | | | | | | |
| REGULAR | - | **-** | 29 | | 76,32 | - | - | 29 | 44,61 |
| DEFICIENTE | - | **-** | 09 | | 23,68 | 03 | 100,0 | 12 | 18,47 |
| TOTAL | 24 | 100,0 | 38 | | 100,0 | 03 | 100,0 | 65 | 100,0 |

**Fuente:** Cuestionarios Aplicados al Adulto Mayor Hipertenso, Miramar, 2012.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON: 0.784

GRÁFICO N° 3

**GRADO DE APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012**

**Fuente:** Tabla N° 3

1. **DISCUSIÓN**

En la **Tabla N° 1**, según grado de Apoyo Familiar en adultos mayores hipertensos. Miramar, 2012, se evidencia que el 36,92% de los entrevistados presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y en sólo el 4,62% se evidenció grado de apoyo familiar bajo **(Gráfico N° 1)**.

Los hallazgos del presente estudio se asemejan parcialmente a los reportados por ROSARIO, S. y VELASQUEZ, S. quienes en su estudio sobre Grado de apoyo familiar percibido y su relación con el nivel de depresión en adultos mayores con problemas oncológicos encontraron que el grado de apoyo familiar percibido por estos pacientes fue de 23,68% para el nivel bajo; 47,37% para el nivel moderado y 28,95% para el nivel alto (50), como se puede apreciar en el nivel bajo de apoyo familiar percibido tienen mayor porcentaje que lo determinado en el presente estudio, pero a pesar de ello los resultados correspondiente al nivel medio y alto son elevados como se identificó en esta investigación.

Así mismo, según lo señalado por PELCASTRE, B.; TREVIÑO, S; GONZALEZ, T. y MARQUEZ, M. , quienes en su estudio sobre Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México, realizado en el 2011, reportaron que los adultos mayores señalaban que sus relaciones familiares en esta etapa de la vida son muy importantes, en este estudio se identificó que no siempre se mantiene una buena relación con los hijos, nueras y nietos por lo que los adultos mayores consideran que es mejor mantener cierta distancia para evitar problemas. Esta percepción fue más común entre las mujeres con mejores condiciones de salud, con menor edad en comparación con los varones y con mayor posibilidad de funcionalidad e independencia (27).

PELAEZ, B. y RODRIGUEZ, L; TUIRAN, R. señalan que la familia es la fuente fundamental de apoyo para los adultos mayores, por ello que se determina que cada familia presenta particulares necesidades, cuya satisfacción se encuentra mayoritariamente en el propio entorno familiar. Esta condición coincide con estudios que se han realizado en América Latina, donde se muestra que a pesar de todos los cambios en la estructura y dinámica que pueden haber llevado a la fragmentación de las redes familiares, para ello la salud es considerada como pilar básico para el logro de una mejor calidad de vida de esta población (47) (52).

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud pública, que requiere intervención oportuna, situación que exige un apoyo importante del grupo familiar, pues aporta en la vigilancia de la enfermedad, fortalece su toma de decisiones así como fomenta la ejecución de acciones adecuadas, traducidas en estilos de vida saludables. Los padecimientos crónicos como la hipertensión arterial, representan eventos que son fuente generadora de estrés, lo que origina mayor dificultad para asumir la enfermedad y sus cuidados para la persona adulta mayor, requiriendo el apoyo familiar que es pieza clave para asumir la supervisión y el control por parte de la familia como cuidadora directa, siendo muy pertinente el propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, y mejore el cumplimiento del tratamiento, siempre considerando a la familia como uno de los elementos básicos de apoyo que requiere todo adulto mayor (23).

Por otro lado, si el adulto mayor hipertenso que acude a sus controles eventualmente evidencia indicadores que demuestran el poco o nulo cumplimiento de sus indicaciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, requiere la intervención por parte de los profesionales de enfermería para determinar los otros aspectos relacionados con el apoyo familiar brindado que están ejerciendo una influencia significativa sobre las conductas que motivan al adulto mayor hipertenso al cumplimiento de su tratamiento, sea referido a su medicación como a su dieta y autocontrol emocional, todos ellos sino están bien encaminados con el apoyo de la familia pueden desencadenar un deterioro en su nivel de calidad de vida (36).

Después de todo lo anteriormente señalado, considero que el apoyo familiar, como uno de los elementos claves de la totalidad conocida como apoyo social, representa uno de los aspectos prioritarios que busca lograr el cumplimiento oportuno y pertinente de sus roles, considerando a la familia como uno de los sistemas básicos del cual el adulto mayor hipertenso debe recibir protección y seguridad, pues su ambiente familiar requiere ser favorable y sus integrantes involucrados para obtener un mejor control de la enfermedad, proporcionando cuidados de calidad sostenibles que repercutan en la modificación de la conducta tanto del adulto mayor que presenta la patología como de los familiares inmediatos que son los que le proporcionan sus cuidados. Lo que adicionalmente generaría en el adulto mayor hipertenso un nivel de calidad de vida adecuado, concordante, con el grado de apoyo familiar recibido.

En la **Tabla N° 2**, se aprecia lo referido a la variable sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos, demostrándose que el 36,92% adultos mayores hipertensos presentaron un nivel de calidad de vida buena; el 44,61% regular y el 18,47% evidenció nivel de calidad de vida deficiente **(Gráfico N° 2).**

Los resultados de la investigación no se asemejan con lo señalado por BAYARRE, H. y DUEÑAS, D. en su investigación titulada Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas, quienes mencionaron que un 43,3% pertenece a una calidad de vida baja, seguida por la calidad de vida media con un 36,4 %, mientras que solo un 20,2 % de las unidades de análisis del estudio presentó calidad de vida alta (6), a través de lo cual se puede apreciar que tienen elevado porcentaje 79,7% de calidad de ida entre media y baja y sólo alta en un 20,2%, en cambio en nuestro estudio el 39,92% se encuentra en la categoría del nivel de calidad de vida buena (6).

El concepto de calidad de vida en el adulto mayor involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, felicidad, autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la salud es la que mayor influencia tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos. El hecho que ellas presenten mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global como de las distintas dimensiones, lleva a pensar en la existencia de otros factores intrínsecos o extrínsecos que van a empeorar la percepción y la puntuación de su calidad de vida, encontrándose situaciones referidas a una mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejoramiento de su calidad de vida, las mismas que deben ser reconocidas y superadas para lograr mayor satisfacción en el cuidado de su salud (12) (42).

De igual manera, diversos estudios señalados en el artículo científico sobre Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, de CARDONA, D. y Cols, permiten demostrar que los adultos mayores que tienen una deficiente calidad de vida se asocian con mayores prevalencias de depresión, ansiedad y déficit funcional. Esto fue un hallazgo constante, pues las personas que tuvieron altos puntajes en las escalas de síntomas depresivos, de riesgo de ansiedad y déficit en la capacidad funcional, presentaron bajos puntajes de calidad de vida (12).

Ellos encontraron que el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de 79,2 ± 8,0 años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva (12).

Otro de los aspectos relacionados de forma negativa con la valoración de la calidad de vida fue el sentirse maltratado y abandonado por sus familiares. Esta situación puede desencadenar sentimientos de infelicidad y frustración en el adulto mayor, siendo perjudicial para su salud, ya que el mantener relaciones de apoyo hacen que la vida del adulto mayor hipertenso sea más placentera y llevadera, ayudándose desde el punto de vista espiritual y afectivo (17).

Tomando en cuenta las afirmaciones, anteriormente señaladas y considerando que cada realidad social- económica es independiente pero a la vez influyente en la calidad de vida de las personas, es evidente que, frente a la falta de apoyo por parte de la familia hace al adulto mayor hipertenso más susceptible de disminuir su calidad de vida si es que su cuidado y control de la patología que presenta poniéndolo en mayor riesgo de afectar su esperanza y nivel de calidad de vida. Cabe señalar que el deterioro de su calidad de vida se relaciona al tipo de apoyo familiar que recibe, reconociéndose así que, el adulto mayor requiere de un entorno favorable para mantener un aceptable autocuidado control de su patología.

En la **Tabla N° 3**, se muestra la correlación existente entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, encontrándose un grado de apoyo familiar alto y un nivel de calidad de vida buena, recíproca del orden del 100%. Así mismo, 76,32% adultos mayores hipertensos, tienen un grado de apoyo familiar medio con un nivel de calidad de vida regular y 23,68% presentan grado de apoyo familiar medio y nivel de calidad de vida deficiente. Por otro lado, se mantiene una reciprocidad del 100%, entre el grado de apoyo familiar bajo, con un nivel de calidad de vida deficiente **(Gráfica N° 3).**

No se ha encontrado trabajos de investigación que proyecten en sus resultados la relación entre ambas variables como es el caso de la presente investigación; sin embargo, al estudiar cada variable por separado, éstas se sustentan correspondientemente entre sí, reconociendo como el apoyo familiar está directamente relacionado a la calidad de vida. Según los autores GARCIA, G. e ISERN, A. para lograr que la población adulta mayor goce de una adecuada calidad de vida, debe brindársele especial atención al estado de salud de este grupo, a la determinación de los factores de riesgo de las principales enfermedades que la afectan, a la predicción de discapacidades, a que dispongan de seguridad económica y material, así como el apoyo familiar requerido (22).

Al referirnos a la calidad de vida, se hace referencia de manera particular a grupos o comunidades en los cuales existe un óptimo bienestar entre las dimensiones que constituyen la salud: estilo de vida saludable, integración familiar, entre otros. Es por ello, que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar, y consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” (22).

En cuanto a los adultos mayores, en varios estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa; positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales; pero se hace una valoración negativa de ésta cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o no cuentan principalmente con el apoyo familiar necesario. De esta forma, han manifestado que pérdidas del estado de salud, de contactos del entorno familiar y limitaciones funcionales, son principalmente las que dificulta y disminuyen la calidad de vida(12).

La situación referida por CASTELLANOS, J. enfatiza la problemática de los adultos mayores y las patologías crónicas que puedan presentar, las mismas que deben ser tomadas con precaución, ya que el hecho de evidenciar sintomatologías depresivas y de ansiedad pudo derivar en que los adultos mayores del estudio puntuaran de forma negativa su calidad de vida. Es por eso que se considera que, la adultez mayor es una fase de la vida en la que hay una gran probabilidad de desarreglos sociales, discapacidades físicas, declive cognitivo y deterioro funcional, los cuales contribuyen a procesos depresivos y de ansiedad, afectando la autonomía del anciano y así, la calidad de vida declina frente a estas enfermedades (13).

En conclusión, los adultos mayores hipertensos en su mayoría afrontan dificultades relacionadas con su salud, dónde no sólo se ve comprometida su responsabilidad sino también del apoyo familiar respectivo, el mismo que ejerce influencia en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Por ello el propósito que se tiene a través del presente estudio es determinar mediante la evidencia científica, la problemática existente en el grupo de riesgo poblacional correspondiente a los adultos mayores hipertensos, siendo más susceptibles de complicaciones sino tienen los cuidados pertinentes proporcionados por los integrantes de su sistema familiar, siendo considerado uno de los soportes inmediatos que brindan sus roles cuidativos hacia el integrante adulto mayor que lo necesita, y como ha sido determinado a través de la presente investigación tanto el apoyo familiar como la calidad de vida del adulto mayor se encuentran directamente relacionados.

1. **CONCLUSIONES**

* Se encontró que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% grado de apoyo familiar bajo.
* El 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno; el 44,61% regular y el 18,47% presentó nivel de calidad de vida deficiente.
* Se encontró que los adultos mayores hipertensos evidencian una relación estadística significativa entre el grado de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida, demostrándose que existe una correlación bilateral significativa entre ambas variables.

**VI. RECOMENDACIONES**

1. Fortalecer el cuidado de los profesionales de enfermería dirigido a la familia como sistema, empoderando el rol de apoyo familiar hacia sus integrantes y la sociedad.
2. Promover la capacitación y actualización de la/el enfermero (a) en aspectos relacionados con suintervención en la familia como uno de los sistemas prioritarios de soporte social.
3. Difundir y socializar los resultados de la investigación entre el equipo del Puesto de Salud Alto Moche para fortalecer protocolos de intervención que permitan otorgar cuidado integral a las personas con hipertensión arterial, enfatizando la participación de profesionales de las diversas disciplinas.
4. Continuar desarrollando futuras investigaciones en otros ámbitos referentes a las variables de apoyo familiar y calidad de vida, relacionadas directamente entre sí, pues como se ha demostrado en este trabajo de investigación, no existen estudios semejantes.
   * + 1. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
5. Agusti, R. Acta Médica Peruana. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. 2006.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1728-59172006000200005 (Accesado 25/06/2013).

1. Aranda, J. y Vara, A Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima. Perú.2007.

http://www.aristidesvara.net/prb/investigaciones/psicologia/factores\_satisfaccion%20\_vida/factor3.htm (Accesado 13/06/13).

1. Aranda, P. Actualización del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos.España. 2011.

www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf (Accesado 14/06/13).

1. Baptist, A; Hernandez, R y Fernandez, C. Metodología de la Investigación. 3a. ed. México. Ed. Mc Graw Hill. 2006. Pp. 184-188.
2. Barrios, A y Montero, X. Funcionamiento familiar ante una enfermedad: una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico .2007 México.

www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aap/.../12.DOC (Accesado 25/06/2013).

1. Bayarre, H. y Dueñas, D. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2)
2. Blanco, S. y Esteban, F. Envejecimiento y Neurodegeneración. Rev. Neurol. 2002; 31 (11): 1054-1065.
3. Blanco, M; Hernández, M y Pulido, A. Hipertensión Arterial y factores de riesgo.

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\_supl1\_08/revisiones/r5\_v14\_supl108.htm

(Accesado 10/06/13).

1. Brunner, L. Enfermería Médico Quirúrgico. 9a.ed. México. Ed.Mac Graw Hill. 2002 Pp.165- 168.
2. Bustamante, Y. y Espinoza, R. Influencia de la calidad de vida en el nivel de satisfacción de las necesidades psicosociales del adulto mayor en los asilos de Trujillo-Cajamarca. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermeria] Trujillo.Universidad Privada Antenor Orrego.2007.
3. Camacho, P. Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes.2009.

http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/Olson.pdf (Accesado 25/06/13).

1. Cardona, D y Cols.Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica 2011; 31: 492- 502.
2. Castellanos, J. Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico San Isidro de Manizales 2002. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr. 2010;24:1441-52.
3. Cómite Organizador Del Consenso De Medicina Familiar: Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivo de medicina familiar. Mexico. 2005; 7 (1):15-19.
4. Chion, T y Rothschild, M. Calidad de Vida en el Adulto Mayor: Principales Factores de Medición. 1a. ed. Perú. Ed. CENTRUM. 2007. Pp. 59-66; 67-75.
5. Du Gas, B. Tratado de Enfermería Práctica. 3a. ed. Ed. McGraw Hill Interamericana. México. 2000. Pp. 198-200.
6. Durán, J; Gallegos, K; López, L y López, M. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. Rev Invest Clin. 2003; 55:260-9
7. El Comercio. INEI: Población Peruana alcanzará los 30 Millones en Enero del 2012. Lima. 2011.

http://m.elcomercio.pe/lima/848628/noticia-inei-poblacion-peruana-alcanzara-30-millones-enero-2012 (Accesado 10/04/13).

1. Fernández, V. y Ortega, A. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2003; 19 (4).
2. Gafas, C. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. Revista Cubana Enfermería. 2010; 26 (4): 170-184.
3. Gafas, C. Tratamiento biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad desde la perspectiva de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 26 (3) 150-167.
4. García, G. e Isern, A. Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. Santa Clara, Villa Clara. Medicentro 2008;12(4).
5. García, R. Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes con Hipertensión Arterial Descompensada [Monografía para Obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar] Colima, México. 2007.
6. Germán, C; Sánchez, A y Mazarrasa, L. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2a. ed. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. España. 2003. Pp. 1616-1630.
7. Gómez, M. y Sabeh, E. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.2007.

http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm (Accesado 21/06/13).

1. González, A. y Vázquez, Y. Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión arterial. Rev. Cubana Medicentro 2004; 8 (2).
2. González, T; Marquez, M; Pelcastre, B. y Treviño, S. Apoyo Social y Condiciones de Vida de Adultos Mayores que viven en la pobreza urbana en México. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 2011; 27 (3):460-470.
3. Grimaldo, B; Maldonado, O. y Tejada, L. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento.2006

http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepeciones\_diabetes.htm

(Accesado 25/06/13).

1. Herrera, P. La Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 13 (6) : 591 -595.

1. Hungler, F. y Polit, D. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. edición. México. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. 2000. Pp. 125.
2. Hunt R. El paciente geriátrico. Características generales. Rev Panamericana Salud. 2003; 6(4):275-6.
3. Informe del labor legislativa. Autógrafas de ley. Ley de las personas adultas mayores. 19 de Julio del 2006.

http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/28803.pdf (Accesado 15/08/13).

1. Instituto Nacional De Estadística E Informática (INEI). Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. 2a. ed.

http://es.scribd.com/doc/6109245/Perfil-Sociodemografico-Del-Peru-Censos-Nacionales-2007 (Accesado 20/05/13).

1. Long, B. y Wilma, P. Enfermería Médico Quirúrgica.3a. ed. México. MacGraw Hill. 1992. Pp.49.
2. Mangini, S y Angelo, M. Entre la libertad y la reclusión: el Apoyo Social como un componente de la Calidad de Vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente. Rev Latino Enfermagem. Brasil. 2008; 16(1).
3. Marin, F. y Rodríguez, M. Apoyo Familiar en el Apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. México. 2007.

http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf (Accesado 20/05/13).

1. Martínez, F. Actualización Estudio al Apgar Familiar. 2008.

http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas\_de\_valoracion\_familiar/paginas/Apgar.html (Accesado 22/06/13).

1. Maturell, R. Hipertensión Arterial. Estudio de la crisis hipertensiva. 2009.

http://www.mailxmail.com/curso-hipertension-arterial-estudio-crisis-hipertensiva/introduccion-trabajo-sobre-hipertension-arterial (Accesado 15/06/13).

1. Maya, L. Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. 2006 Costa Rica.

http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm (Accesado 22/06/13).

1. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Rev Cubana Med Gen Integral; 15(1):46-87.
2. Montoya, J. y Urbina, A. Apoyo Familiar y su relación con Nivel de Información sobre Hipertensión Arterial y Complicaciones en el Adulto Mayor. Centro del Adulto Mayor. Essalud-Trujillo. 2011. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2011.
3. Molina, J; Rubio, R; Sánchez, M; y Uribe, A. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico en pacientes mayores hospitalizados según género. Pensamiento Psicológico. 2005;1:17-26.
4. Oficina de Relaciones Institucionales de Essalud. “76° Aniversario de la Seguridad Social en el Perú”. 2012.

http://www.essalud.gob.pe/2012/08/13/76%C2%BA-aniversario-de-la-seguridad-social-en-el-peru/

(Accesado 13/08/12).

1. Ostolaza, K. y Pera, C. Apoyo Familiar en el Mantenimiento del Adulto Mayor

[Trabajo de Investigación Bibliográfica para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2008.

1. Palomba, R. Calidad de Vida: Conceptos y Medidas.2002.

http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1\_ppt.pdf

(Accesado 12/06/13).

1. Pender, N. Promoción de la salud en la enfermería práctica. 2a. ed. México. Ed.Mac Graw Hill. Pp. 943,944,945 y 946.
2. Peláez, B y Rodríguez, L. Vejez y recursos sociales en América Latina. Humanitas: Humanidades Médicas. Mexico. 2004; (1):73-83
3. Red Trujillo. Micro Red Moche. Registros Estadísticos. Puesto de Salud Alto Moche. 2011.
4. Régulo, A. Simposio de Hipertension Arterial: Epidemiologia de la hipertensión arterial en el Perú.2006 Perú.

www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a05.pdf (Accesado 24/07/13).

1. Rosario, S. y Velasquez, S. Grado de Apoyo Familiar Percibido y su Relación con el Nivel de Depresión en Adultos Mayores con Problemas Oncológicos-HBDT. 2007. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2011
2. San Martín, C y Villanueva, J. Cambios Sistémicos en el paciente adulto mayor I. Odontocirugía. 2002; Revista Dental de Chile. 93 (2): 11-13.
3. Tuirán R. Estructura familiar y trayectorias de vida en México. In: Gomes C, compilador. Procesos sociales, población y familia. México DF: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Porrúa; 2001. p. 23-65.
4. Vara, A. Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú - Estudio Piloto y Análisis Psicométrico. 2007.

http://www.aristidesvara.net/pgnweb/investigaciones/psicologia/calidad\_vida/psicogerontologia\_01.htm (Accesado 13/07/13).

ANEXOS

**ANEXO N° 1**

**CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA Y SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESIÓN ARTERIAL ( mmHg) | | CATEGORÍAS |
| PAS | PAD |
| <120 | <80 | Óptima |
| 120-129 | 80-84 | Normal |
| 130-139 | 85-89 | Normal Alta |
| 140-159 | 90-99 | HTA estadio 1 |
| 160-179 | 100-109 | HTA estadio 2 |
| ≥180 | ≥110 | HTA estadio 3 |
| ≥140 | <90 | HTA sistólica aislada |

**ANEXO N°2**

**CÁLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra, para el diseño de una encuesta, puede calcularse, mediante la siguiente fórmula:

DONDE:

n = Tamaño de muestra necesario.

t = Nivel de confianza de 95% , con valor estándar de 1.96

p = Prevalencia estimada de la variable.

m = Margen de error de 5%, con valor estándar de 0.05

SUSTITUCIÓN DE VALORES :

n = Tamaño de la muestra requerido.

t = Nivel de confianza de 95% , con valor estándar de 1.96 .

p = Prevalencia estimada de la variable: falta de apoyo familiar en la población de

adultos mayores hipertensos, del 90% (0,9).

m = Margen de error de 5%, con valor estándar de 0.05

DESARROLLO

Reemplazando valores , tenemos :

꞊ 138 pacientes

Como la población es pequeña, la muestra obtenida es demasiado grande. en este caso,aplicamos la siguiente fórmula correctora ( que tomará en cuenta la muestra obtenida con la 1era fórmula) :

**꞊ +**

EN DONDE :

n’ = Tamaño de la muestra necesario.

n = Tamaño de la muestra según la primera de las fórmulas.

N = Tamaño de la población.

REEMPLAZANDO DATOS :

**꞊ +**

DESARROLLO :

**꞊**

**꞊**

**꞊**

TAMAÑO DE LA MUESTRA :  **= 65** pacientes adultos mayores hipertensos.

**CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra también puede calcularse mediante la siguiente fórmula:

http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/images/Image42.gif

*Dónde:*

**N**: Población de adultos mayores hipertensos del Puesto de Salud de Alto Moche.

**n**: Tamaño de la muestra necesaria.

**Zα2**: Nivel de confianza del 95% con valor estándar de 1.96.

**P:** Prevalencia estimada de la variable falta de apoyo familiar en la población de adultos mayores hipertensos, del 90%.

**d:** Margen de error de 5%.

*Sustitución de valores:*

****

**ANEXO N° 3**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

Yo, ……………………………………………………identificado con DNI N°………….. manifiesto mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado “GRADO DE APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO. MIRAMAR, 2012” registrado y aprobado por …………………………………………………….. .

El objetivo fundamental de este estudio es conocer el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de vida del Adulto Mayor Hipertenso que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche.

Manifiesto, que mi participación consistirá en la determinación del objetivo fundamental antes señalado, mediante una ENCUESTA/ENTREVISTA.

Es mi derecho, de retirarme del estudio en cuestión, en cualquier momento que lo considere pertinente, sin que ello afecte la atención médica que pueda recibir del Puesto de Salud de Alto Moche.

Se me ofrece, la seguridad de que los datos que se obtengan del estudio, serán manejados en forma confidencial, y serán utilizados únicamente para los fines antes mencionados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Responsable

del Proyecto

****

**aneneAAA ANEXO Nº 4aANEXO N° 4**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Tomado de SMILKSTEIN, G.(1978)

**Instrucciones** : Estimado Adulto (a) Mayor, a continuación se le formula preguntas, y se le solicita sean contestadas con sinceridad. El cuestionario es totalmente ANÓNIMO y la información que usted proporcione será utilizada sólo para el desarrollo de la presente investigación.

MUCHAS GRACIAS.

**Datos de Identificación:**

Sexo Sexo

**Edad:**

MasculinoFemenino

**Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a)Conviviente

Divorciado(a ) Separado(a) Viudo(a)

**Grado de Instrucción**

Primaria Completa Secundaria Completa Superior Completa

Primaria Incompleta Secundaria Incompleta Superior Incompleta

**Tiempo de padecer**

**Hipertensión Arterial**

**Número de integrante de la familia**

Sin instrucción

**Controlado HTA**

**Ocupación: ………………………….**

**Descontrolado HTA**

**Lugar de nacimiento: ………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ITEMS** | **Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| **1** | Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad. |  |  |  |
| **2** | Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite. |  |  |  |
| **3** | Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida. |  |  |  |
| **4** | Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afecto y responde a mis sentimientos. |  |  |  |
| **5** | Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero. |  |  |  |

**ANEXO Nº 4.1**

**TABLA DE RESULTADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ITEMS** | **Siempre** | **A veces** | **Nunca** |
| **1** | Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad. | 2 | 1 | 0 |
| **2** | Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite. | 2 | 1 | 0 |
| **3** | Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida. | 2 | 1 | 0 |
| **4** | Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afectos y responde a mis sentimientos. | 2 | 1 | 0 |
| **5** | Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero. | 2 | 1 | 0 |

**PUNTAJE TOTAL**: 10 puntos

**Diagnóstico Clínico**

- Apoyo Familiar Bajo : 00 - 03 puntos.

- Apoyo Familiar Medio : 04 - 07 puntos.

- Apoyo Familiar Alto : 08 - 10 puntos.

** ANEXO Nº 5**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON

HIPERTENSION ARTERIAL

AUTORA: RODRÍGUEZ, S. (2012)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEMS** | **Siempre** | **A**  **veces** | **Nunca** |
| 1. Considera que su salud, es buena. |  |  |  |
| 1. Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud. |  |  |  |
| 1. Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc. |  |  |  |
| 1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y/o de salud. |  |  |  |
| 1. Usted se ve limitado (a) a realizar esfuerzos moderados como mover una silla, barrer o caminar diariamente. |  |  |  |
| 1. Tiene dificultades para subir varios pisos por una escalera. |  |  |  |
| 1. Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual. |  |  |  |
| 1. Durante las 4 últimas semanas se sintió lleno de vitalidad. |  |  |  |
| 1. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar. |  |  |  |
| 1. Ingiere alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales,etc. |  |  |  |
| 1. Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas. |  |  |  |
| **ÍTEMS** | **Siempre** | **A**  **Veces** | **Nunca** |
| 1. Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales |  |  |  |
| 1. Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Cree usted, que de haber tenido mayor preparación o capacitación, su calidad de vida sería mejor. |  |  |  |
| 1. Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Para usted, la red conformada por sus amigos y vecinos, son una fuente de apoyo importante, para tener una mejor calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Cree usted que debería tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida. |  |  |  |
| 1. Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida. |  |  |  |

**¡ MUCHAS GRACIAS !**

**ANEXO Nº 5.1**

**TABLA DE RESULTADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEMS** | **Siempre** | **A**  **veces** | **Nunca** |
| 1. Considera que su salud, es buena. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Usted realiza actividades de ejercicio y movimiento físico que benefician su salud. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Realiza actividades de recreación (tocar instrumentos musicales, tejer, pintar, jugar ajedrez/damas/ludo, etc. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional y/o de salud. | 0 | 1 | 2 |
| 1. Usted se ve limitado (a) a realizar esfuerzos moderados como mover una silla, barrer o caminar diariamente. | 0 | 1 | 2 |
| 1. Tiene dificultades para subir varios pisos por una escalera. | 0 | 1 | 2 |
| 1. Realiza usted, labores o tareas en su hogar de acuerdo a su capacidad física o intelectual. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Durante las 4 últimas semanas se sintió lleno de vitalidad. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Considera usted, que hay unidad en su vida familiar. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Ingiere alimentación balanceada: leche, carnes, frutas, verduras, cereales,etc. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Acostumbra ingerir sus alimentos a horas fijas. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Considera usted, que como adulto mayor tiene protección de las autoridades, respecto a su integridad física y bienes materiales | 2 | 1 | 0 |
| 1. Tiene usted apoyo por parte del gobierno, de su municipalidad, de organizaciones religiosas o civiles para mejorar su calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Considera usted que los servicios de salud, agua y desagüe, transporte, recreación, que desarrolla el Estado o su Municipio, le garantizan una mejor calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Para usted su ingreso económico actual, o el de su familia, le permite sostener una adecuada calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Cree usted, que de haber tenido mayor preparación o capacitación, su calidad de vida sería mejor. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Considera que su opinión y participación en su entorno familiar y comunidad, le genera una mejor calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Para usted, la red conformada por sus amigos y vecinos, son una fuente de apoyo importante, para tener una mejor calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Cree usted que deberia tener igualdad de oportunidades- como un trabajo, entre otros, de acuerdo a su experiencia- promoviendo la defensa de sus intereses, para una mejor calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |
| 1. Cree usted que, el actual crecimiento económico del país, ha mejorado o mejorará su calidad de vida. | 2 | 1 | 0 |

**PUNTAJE TOTAL**: 40 puntos.

**Diagnóstico Clínico**

- Calidad de Vida Deficiente : 0 – 15 puntos.

- Calidad de Vida Regular : 16 – 28 puntos.

- Calidad de Vida Bueno : 29 – 40 puntos.



**ANEXO N° 6**

**DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INTRUMENTOS**

(TEST PARA MEDIR EL GRADO DE APOYO FAMILIAR Y EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA)

**PRUEBA ESTADÍSTICA DE CORRELACIÓN DE PEARSON: PRUEBA PILOTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **X** | **Y** | **XY** | **X2** | **Y2** |
|
| 1 | 10 | 36 | 360 | 100 | 1296 |
| 2 | 7 | 17 | 119 | 49 | 289 |
| 3 | 9 | 28 | 252 | 81 | 784 |
| 4 | 10 | 30 | 300 | 100 | 900 |
| 5 | 10 | 33 | 330 | 100 | 1089 |
| 6 | 9 | 24 | 216 | 81 | 576 |
| 7 | 10 | 25 | 250 | 100 | 625 |
| 8 | 9 | 24 | 216 | 81 | 576 |
| 9 | 8 | 25 | 200 | 64 | 625 |
| 10 | 4 | 19 | 76 | 16 | 361 |
| 11 | 7 | 20 | 140 | 49 | 400 |
| 12 | 10 | 34 | 340 | 100 | 1156 |
| 13 | 10 | 30 | 300 | 100 | 900 |
| 14 | 10 | 22 | 220 | 100 | 484 |
| 15 | 10 | 30 | 300 | 100 | 900 |
| 16 | 9 | 29 | 261 | 81 | 841 |
| 17 | 2 | 20 | 40 | 4 | 400 |
| 18 | 9 | 19 | 171 | 81 | 361 |
| 19 | 5 | 13 | 65 | 25 | 169 |
| 20 | 3 | 8 | 24 | 9 | 64 |
|  | 161 | 486 | 180 | 421 | 12796 |

**Dónde**:

**X** : Test de Grado

de Apoyo Familiar.

**Y**: Test de Nivel de Calidad de Vida.

***Entonces:***

**x** =

**y**

**xy** 195.615

– 195.615 **13.385**

**- ² = – ² =** 71.05 – 64.80 = 6.25

**- ² = – ² =** 639.8 – 590.49 = 49.31

**Sx** =  **= 2.5** 2.5 \* 7.022 = **17.555**

**Sy = = 7.022**

***COEFICIENTE CORRELACIÓN DE PEARSON*** = = **0.762**

**ANEXO N° 7**

**LEY N° 28803**

EL PRESIDENTE DEL CONGRESO

DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

**LEY DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

**Artículo 1°.- Objeto de la Ley.**

Dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

**Artículo 2°.- Definición.**

Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

**Artículo 3°.- Derechos de la Persona Adulta Mayor.**

Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

* + 1. La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
    2. Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
    3. Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
    4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del País.
    5. El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
    6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
    7. La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
    8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
    9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
    10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.
    11. Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.
    12. La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
    13. No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

**Artículo 4°.- Deberes del Estado.**

El estado establece, promueve y ejecuta medidas administrativas, legislativas y jurisdiccionales que sean necesarias para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores.

Toda persona adulta mayor tiene derecho a la protección efectiva del Estado para el ejercicio o defensa de sus derechos.

**Artículo 5°.- Deber de la Familia.**

La familia tiene el deber de cuidar la integridad física, mental y emocional de los adultos

mayores, en general, brindarles el apoyo necesario para satisfacer sus necesidades básicas.

**Artículo 6°.- Órgano Rector.**

La Dirección de Personas Adultas Mayores, órgano de línea del Vice Ministerio de la Mujer es el órgano encargado de promover, coordinar, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas, planes, programas y Proyectos sobre las personas adultas mayores.

Asimismo, establece los requisitos mínimos para el funcionamiento de las casas de reposo u otros locales análogos destinados a brindar atención a personas adultas mayores.

**Artículo 7°.- Beneficios.**

Toda persona adulta mayor, previa presentación de su documento nacional de identidad o partida de nacimiento, gozará de los beneficios que gestione el Órgano Rector con el sector

público, los concesionarios públicos o las empresas privadas.

El Órgano Rector gestionará, prioritariamente, convenios en las siguientes áreas:

a) Transporte público colectivo.

b) Transporte marítimo y aéreo, nacional e internacional.

c) Hospedaje en hoteles u otros centros turísticos

d) Consultorios, hospitales, clínicas, farmacias privadas y laboratorios, así como en servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada

y nuclear.

e) Medicamentos de prescripción médica.

f) Prótesis y órtesis.

g) Ayudas técnicas.

h) Cultura y esparcimiento.

**Artículo 8°.- Centros Integrales de Atención de la Persona Adulta Mayor (CIAM). Ley de las Personas Adultas Mayores**.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) promueve a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores la creación de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales.

Los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), reunirán a todas aquellas personas adultas mayores que voluntariamente decidan inscribirse y participar en sus programas, siendo su finalidad esencial.

1. Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad entre los participantes.

2. Identificar problemas individuales familiares o locales en general.

3. Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes en este grupo de edad.

4. Realizar actividades y prácticas de carácter recreativo e integrativo.

5. Participar en talleres de autoestima, mantenimiento de funciones mentales superiores y

prevención de enfermedades crónicas.

6. Otorgar especial importancia a la labor de alfabetización.

7. Implementar talleres de manufactura y desarrollo de habilidades laborables puntuales.

8. Participar en eventos sociales e informativos sobre análisis de la problemática local y

alternativas de solución.

9. Promover en la ciudadanía un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas

adultas mayores.

10. Proponer soluciones a la problemática que afecta al adulto mayor.

11. Oros que señale el Reglamento de la presente Ley.

Los CIAM podrán suscribir todo tipo de convenios con organizaciones e instituciones sean públicas o privadas, prioritariamente de carácter educativo, que puedan proporcionar en forma desinteresada y voluntaria atención profesional o humana a los beneficiarios de sus programas.

**Artículo 9°.- Atención Integral en Materia de Salud.**

La persona adulta mayor es sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o en los que se presenten enfermedades de carácter terminal.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, en coordinación con el Ministerio de Salud y

las entidades públicas sectoriales, promueven políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores.

**Artículo 10°.- Programas de Capacitación.**

La Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), en coordinación con la municipalidades y los demás organismos de la Administración Pública, desarrollan programas de educación dirigidos a capacitar a las personas adultas mayores en actividades laborales y culturales a efecto de que las mismas puedan obtener empleos y formar microempresas domésticas, que los beneficien económicamente y les procuren satisfacción personal.

Los objetos producto de su trabajo, podrán ser exhibidos y expendidos en las instituciones públicas, que prestarán sus instalaciones una vez al mes para tal fin, previo convenio con la

Dirección de Personas Adultas Mayores.

**Artículo 11°.- Actividades Recreativas y Deportivas.**

Toda actividad cultural recreativa y deportiva que desarrollen las instituciones públicas y privadas dirigidas a la persona adulta mayor tendrá por objeto mantener su bienestar físico,

afectivo y mental; y procurarles un mejor entorno social y a la vez propiciar su participación activa.

Para el desarrollo de estas actividades, la Dirección de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES) y las municipalidades, suscriben convenios a nivel nacional con los clubes privados a fin de que cuando menos una vez al mes presten sus instalaciones para el libre esparcimiento de las personas adultas mayores.

**Artículo 12°.- Obras de Desarrollo Urbano.**

Las municipalidades dictan las disposiciones necesarias para que los establecimientos públicos, aquellos en los que se brinda servicio público y locales y/o centros de esparcimiento, adecuen su infraestructura arquitectónica para el libre acceso y desplazamiento de las personas adultas mayores. Se observará la misma disposición para el

otorgamiento de licencias de construcción para esta clase de establecimientos.

**Artículo 13°.- Vehículos de Transporte Público y Privado.**

La Dirección de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social coordina con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones y la municipalidad, a fin de que los vehículos de transporte público cuenten con equipos y accesorios adecuados

o cualquier otra medida necesaria para la seguridad de las personas adultas mayores y reserven asientos preferenciales cercanos y accesibles para el uso de ellas.

**Artículo 14°.- Asistencia Social.**

En caso de situación de riesgo o indigencia, las personas adultas mayores podrán ingresar en algún centro de asistencia social público, el mismo que evalúa inmediatamente su situación y le brinda atención integral correspondiente.

Para efectos de la presente Ley se considera en situación de riesgo cuando:

a) La persona adulta mayor carezca de las condiciones. esenciales y recursos económicos

para su subsistencia y su salud.

b) La persona adulta mayor carezca de familiares o este en estado de abandono.

c) La persona adulta mayor sufra trastornos físicos y mentales que lo incapaciten o pongan

en riesgo a él o a otras personas.

**Artículo 15°.- Obligación de dar Aviso.**

En caso de que alguna personas tuviere conocimiento que una persona adulta mayor se encuentra en situación de riesgo o indigencia debe comunicarlo a la Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), o en su defecto a cualquier otra dependencia que lleve a cabo acciones relacionadas con la Ley de las Personas Adultas Mayores.

**Artículo 16°.- Promoción Estatal.**

El estado promueve la participación de las personas adultas mayores en los programas de

educación para adultos, a nivel técnico y universitario. Asimismo, fomenta la creación de

cursos libres en los centros de educación superior, dirigidos especialmente a las personas

adultas mayores.

**Artículo 17°.- Programas Especializados.**

El Estado, en coordinación con las universidades, impulsa la formulación de programas de educación superior y de investigación en las etapas de pre-grado y post-grado en las especialidades de Geriatría y Gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores, dirigidos a personal técnico asistencial.

**Artículo 18°.- Incorporación de Programas de Estudio.**

El Ministerio de Educación incorpora contenidos sobre el proceso de envejecimiento dentro de los planes de estudio de todos los niveles educativos.

**Artículo 19°.- Intercambio Generacional.**

El Estado promueve programas de intercambio generacional que permitan a los niños, jóvenes y adultos adquirir conocimientos, habilidades y conciencia para hacer frente a las

necesidades que devienen en la senectud.

**Artículo 20°.- Estímulos y Reconocimiento**.

El Estado otorga anualmente, en ceremonia espacial, estímulos y reconocimiento a las personas adultas mayores y a las instituciones públicas y privadas que han destacado por sus actividades o trabajos desarrollados a favor de éstas, de conformidad con los términos y requisitos que determine el Reglamento de la presente Ley.

**DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES.**

PRIMERA.- Registro Nacional de Personas Adultas Mayores.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social crea un Registro Nacional de Personas Adultas Mayores, así como un Registro Central de Instituciones u Organizaciones de Adultos Mayores, como instrumentos para determinar la cobertura y características de los programas y beneficios dirigidos a los adultos mayores, de acuerdo con esta ley. El Registro Nacional de las Personas Adultas Mayores se organiza en base a la información

que proporciona el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC.

SEGUNDA.- Informe Anual.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social conjuntamente con el Ministerio de Salud informan anualmente ante el Pleno del Congreso sobre las medidas tomadas en cumplimiento de la presente Ley.

TERCERA.- Reglamento de la Ley. Ley de las Personas Adultas Mayores

El Poder Ejecutivo mediante Decreto Supremo reglamenta la presente Ley, dentro de los

sesenta (60) días de su entrada en vigor.

CUARTA.- Derogación de normas.

Deróganse todas aquellas normas que se opongan a la presente Ley.

QUINTA.- Vigencia de la Ley.

La presente Ley entra en vigencia al día siguiente de su publicación.

*POR TANTO*

Habiendo sido reconsiderada la Ley por el Congreso de la República, insistiendo en el texto aprobado en sesión del Pleno realizad el día dieciséis de marzo de dos mil seis, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 108° de la Constitución Política del Perú, ordeno que se publique y cumpla.

En Lima, a los diecinueve días del mes de julio de dos mil seis.

MARCIAL AYAIPOMA ALVARADO

Presidente del Congreso de la República

FAUSTO ALVARADO DODERO

Vice Presidente del Congreso de la República

**ANEXO N° 8**

**JUICIO DE EXPERTOS**

